Münchener Medizinische Wochenschrift

Schriftleitung: Prof. Dr. Georg Landes, Landshut, und Dr. Hans Spatz, München 38, Eddastr. 1 / Verlag: J. F. Lehmann, München 15, Paul-Heyse-Straße 26 / Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung, Übersetzung und Verbreitung der veröffentlichten Beiträge vor

NR. 52 MÜNCHEN, DEN 30. DEZEMBER 1955 97. JAHRGANG

Originalaufsätze und Vorträge

Forschung und Klinik

Aus dem Ärztlichen Dienst der Versorgungsverwaltung des Landes Schleswig-Holstein

Zur Frage der langdauernden vegetativen Regulationsstörungen nach alimentärer Dystrophie

von Dr. med. *A. Dietze*

Zusammenfassung: Es wird über eine Gruppe von 200 Heimkehrern der Jahre 1948—1949 berichtet, bei denen vegetative Regulationsstörungen auch noch mehr als 5 Jahre nach der Heimkehr bestanden. Die Untersuchung der sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse dieser Menschen ergab, daß sie erhebliche Schwierigkeiten in der sozialen Einordnung und im Anschluß an die veränderten Lebensverhältnisse hatten. Es wird darauf hingewiesen, daß wohl die seelischen Belastungen durch die Fehlschläge in der Wiedereinordnung beim Abklingen der vegetativen Regulationsstörungen von Bedeutung sind.

Von den **Dystrophiespätschäden** haben die Leberschäden und die vegetative Dystonie die Aufmerksamkeit der Ärzte am meisten auf sich gezogen. Während sich bei den Leberschäden ein organisches Substrat und bei genügend oft durchgeführter Untersuchung eine auch histologisch zu verfolgende Entwicklung nachweisen läßt, bereitet die vegetative Dystonie in ihrer ätiologischen Klärung dem Arzt und Gutachter noch erhebliche Schwierigkeiten, da sich organische Substrate nicht festlegen lassen und die Ätiologie der vegetativen Dystonie vielwurzelig ist.

Die Dystrophie führt üblicherweise in ihrer Aufbau- und Abheilungsphase zu **vegetativen Regulationsstörungen.** Diese treten bei der überwiegenden Mehrzahl der Dystrophiker im Anschluß an eine mehr oder weniger überschießende Gewichtszunahme so prompt ein, daß sie wohl als unmittelbare Folge der durchgemachten Dystrophie und der damit verbundenen Verschiebungen im vegetativen Gleichgewicht angesehen werden müssen. Sie erklären sich aus dem Schwanken zwischen vagotoner Spareinstellung und sympathikotoner Gegenregulation (Meyeringh und Dietze [1], Meyeringh [2], Schmitz [3]) und können wohl nicht allein als der körperliche Ausdruck einer seelischen Reaktion auf die veränderten Verhältnisse der Heimat und auf die zahlreichen neuen Eindrücke, die vielleicht zu einer gewissen Unsicherheit führen, gewertet werden.

Das Ausmaß der Störungen im vegetativ-hormonalen Zusammenspiel war erfahrungsgemäß im Beginn der Aufbauphase erheblich. In vielen Fällen kam es zu lipophilen Krankheitsbildern, denen sich oftmals passagere Hypertonien anschlossen, die sich ebenfalls aus der Labilität der Regulationen zwanglos erklären (vgl. hierzu Lohmeyer [4], Bansi [5, 6], Berning [7], Gülzow [8], Sedlmayr [9]). Diese schwerwiegenden Regulationsstörungen zeigten aber im allgemeinen eine gute und relativ rasch einsetzende Rückbildungstendenz, während die weniger auffälligen vegetativen Regulationsstörungen mit Neigung zum Schwitzen, Herzstichen, Akrozyanose, Fingerkribbeln, verstärkter und verlängerter Hautschrift und Kopfschmerzen oftmals noch sehr lange bestehen blieben.

Da entsprechende Erfahrungen über die **Abheilung der Dystrophie** bislang in Deutschland fehlten, war ein Urteil darüber schwierig, wann nun auch die weniger auffälligen vegetativen Regulationsstörungen zur endgültigen Abheilung gelangen würden.

In der medizinischen Fachliteratur ist mehrfach die Meinung vertreten worden, daß die Folgen der Dystrophie im allgemeinen nach zwei Jahren so weit abgeklungen sind, daß ihnen praktisch keine wesentliche Bedeutung mehr zukommt (Bansi [10], Fritze und Buschmann [11]). Die gutachterliche Praxis zeigt demgegenüber aber, daß bei einem großen Teil der Heimkehrer in dieser Frist die vegetativen Regulationsstörungen noch nicht abgeklungen sind. Hinsichtlich dieses Zeitraumes von etwa zwei Jahren sind allerdings Glatzel (12), Meyeringh (13) und Deglmann (14) etwas zurückhaltend, legen sich aber auf einen anderen Zeitraum nicht fest.

Das Überdauern vegetativer Störungen über einen Zeitraum von mehreren Jahren läßt nun die Frage aufkommen, wieweit an diesem Überdauern die ursprünglich dystrophischen Erscheinungen noch beteiligt sind, oder ob nicht neue schädigende Einflüsse bzw. anlagebedingte Komponenten ein Abklingen der vegetativen Störungen verzögern, zumal nicht übersehen werden kann, daß in der Nachkriegszeit die vegetative Dystonie auch in der allgemeinen Bevölkerung erheblich zugenommen hat. Der Prozentsatz der Patienten mit vegetativer Dystonie wird in der nervenärztlichen Poliklinik von Jochheim (15) auf 27% und in der allgemeinen Praxis bzw. in der inneren Fachpraxis oder im Krankenhaus von Curtius (16) auf 30—40% und von Hoff (17) auf 40% geschätzt. Von Wyss (18) werden aus USA noch höhere Zahlen mitgeteilt, während er selbst für deutsche Verhältnisse einen Prozentsatz von 30—35% angibt. Aus England werden von Pougher (19) diese Durchschnittszahlen mit 36,2% bestätigt. Bei der Häufung der vegetativen Regulationsstörungen in der Nachkriegszeit wird man als Ursache derselben den Einfluß wirtschaftlicher und sozialer Unsicherheit sowie eine Entwurzelung als ätiologischen Faktor nicht verkennen können.

Um den **Einfluß exogener Faktoren** auch bei den Dystrophikern zu erfassen, wurden 200 Heimkehrer, die noch ausgeprägte Zeichen der vegetativen Dystonie bei sonst fehlendem krankhaften organischen Herz- oder Leberbefund zeigten, hinsichtlich ihrer sozialen und wirtschaftlichen Situation untersucht. Es handelte sich bei diesen Heimkehrern um Menschen unter 50 Jahren, die alle 1944 oder 1945 in Gefangenschaft geraten und 1948 oder 1949 entlassen worden waren. Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren sämtliche Heimkehrer schon mindestens 5 Jahre wieder in der Heimat. Sie hatten alle eine mittelgradige bis schwere Dystrophie durchgemacht und waren von versorgungsärztlicher Seite bereits mehrfach untersucht worden, so daß für die Beurteilung jeweils Untersuchungsserien zur Verfügung standen. Heimkehrer mit organischen Schädigungen des Herzens (ausgenommen Hypertonie) wurden bei dieser Untersuchungsreihe nicht berücksichtigt, desgleichen nicht Menschen über 50 Jahre.

Diese 200 Heimkehrer zeigten nun alle noch das ausgeprägte Bild einer vegetativen Dystonie, obwohl sie bereits mehr als 5 Jahre aus der Gefangenschaft zurück waren und eigentlich nach den bisher veröffentlichten Erfahrungen die Spätfolgen der Dystrophie überwunden haben müßten.

Bei der Exploration dieser 200 Spätheimkehrer ergaben sich nun immer wieder Hinweise auf Schwierigkeiten in der sozialen Einordnung, die etwa mit den Schwierigkeiten vergleichbar waren, denen auch die Vertriebenen ausgesetzt sind.

Dies ist um so mehr verständlich, als sich im hier durchuntersuchten Krankengut auch 68% Vertriebene und 32% Einheimische befanden, während im allgemeinen Bevölkerungsschnitt des Landes Schleswig-Holstein das Zahlenverhältnis der Vertriebenen und Zugewanderten zu den Einheimischen bei der Volkszählung vom 19. 9. 1950 38,4% zu 61,5%, also genau das umgekehrte Verhältnis, betrug. Bis zum Dezember 1954 hatte sich das Zahlenverhältnis unter der Gesamtbevölkerung Schleswig-Holsteins infolge Abwanderung und Umsiedlung noch weiter zugunsten der Einheimischen verschoben.

Daß die Flüchtlingssituation sowie wirtschaftliche Schwierigkeiten ein Faktor sind, der via Psyche vegetative Regulationsstörungen bedingen und unterhalten kann, ist eine bekannte Tatsache. Auch bei den hier untersuchten Heimkehrern, die nicht besonders ausgesucht wurden, zeigten sich erhebliche Schwierigkeiten in der sozialen Wiedereinordnung und bei der **Beschaffung eines Arbeitsplatzes.** Innerhalb des ersten Jahres nach der Heimkehr nahmen nur 24% eine Berufstätigkeit wieder auf, denen im folgenden Jahre weitere 19% folgten. Mehr als zwei Jahre waren 24% und mehr als drei Jahre 33% arbeitslos, von der letzteren Gruppe sogar 10% mehr als fünf Jahre. Diese Zahlen scheinen zunächst sehr hoch. Es muß aber berücksichtigt werden, daß besonders in Schleswig-Holstein erhebliche Arbeitsvermittlungsschwierigkeiten überhaupt bestehen, so daß der Prozentsatz der Arbeitslosen pro hundert Arbeitnehmer in den letzten Jahren zwischen 9,9% (September 1954) und 22,2% (September 1949) mit einem Mittel von etwa 14% lag. Auch die Zahl der Dauerarbeitslosen liegt in Schleswig-Holstein recht hoch. Mehr als zwei Jahre waren von den männlichen Arbeitslosen 12,4% und mehr als drei Jahre 37,1% arbeitslos. Die oben genannten Zahlen der Heimkehrer sind zwar mit den jetzt mitgeteilten Zahlen nicht ohne weiteres vergleichbar, sie lassen aber erkennen, daß die allgemeine Arbeitslosigkeit sich auch auf die Spätheimkehrer ausgewirkt hat, wobei übrigens nach den Angaben des Statistischen Landesamtes Kiel ab 1952 sich die Sonderfürsorge des Arbeitsamtes dahingehend auswirkte, daß von ca. 70 000 Heimkehrern in Schleswig-Holstein im Dezember 1951 nur noch 3 391 arbeitslos waren und bis zum September 1952 diese Zahl bis auf 1 642 der als arbeitsfähig gemeldeten Spätheimkehrer absank. Aus diesen Zahlen geht hervor, daß auf Grund der Sonderfürsorge der Arbeitsämter die arbeitsfähigen Spätheimkehrer nach einer gewissen Anlaufzeit bis auf einen geringen Rest untergebracht werden konnten, der weit unter dem Arbeitslosendurchschnittssatz der sonstigen arbeitenden Bevölkerung lag. Hier liegt allerdings nun eine gewisse Diskrepanz zwischen den Spätheimkehrern im allgemeinen und der hier untersuchten Gruppe. Während von den hier untersuchten Heimkehrern nach drei Jahren 37,1% und nach fünf Jahren 10% noch keinen Arbeitsplatz gefunden hatten, beträgt der Prozentsatz der Ende 1952 noch nicht vermittelten Heimkehrer, gemessen an der Gesamtzahl der Heimkehrer (von 70 000 Heimkehrern dürften etwa mindestens 40 000 dem Arbeitsamt als arbeitsfähig gemeldet gewesen sein), 0,4%. Hier also erweist sich die Gruppe der Heimkehrer mit persistierender vegetativer Dystonie als eine besondere Auswahl, nämlich als eine Auswahl von Menschen, die schlechter als die Mehrzahl ihrer Kameraden Anschluß an eine Berufstätigkeit gewonnen haben.

Die Tatsache der Arbeitsvermittlung besagt aber noch nicht alles über die soziale Einordnung, denn vielfach ist es zu einem **sozialen Abstieg** gekommen. Während bei Heimkehrern, Vertriebenen und Einheimischen die Berufsgliederung zum Beispiel in der Gruppe der Selbständigen, die meistens auch ausreichend situiert waren, für die Zeit vor dem Kriege einen zwischen 16,6% und 20,5% schwankenden Prozentsatz gegenüber den Gruppen der Beamten, Angestellten und Arbeitern erkennen läßt, ergab sich bei der Nachprüfung der Verhältnisse für die Nachkriegszeit ein nahezu unveränderter Prozentsatz für die einheimische Bevölkerung, während bei den Heimkehrern und bei den Vertriebenen der Prozentsatz der Selbständigen auf ein Viertel (etwa 6%) der bisherigen Zahlen absank. Demgegenüber hat der Prozentsatz der Lohnarbeiter um die Hälfte zugenommen (Heimkehrer von 46% auf 67%, Vertriebene von 37,8% auf 71%, Einheimische nach dem Kriege 49%). Hier zeigt sich für Heimkehrer und Vertriebene wieder das gemeinsame Schicksal mit weitgehender Änderung im sozialen Niveau vom Selbständigen zum Lohnarbeiter, während für die Einheimischen die Gliederung des sozialen Spiegels etwa die gleiche wie vor dem Kriege geblieben ist (20, 21).

Hinsichtlich der **Wohnungsfrage** waren bei den hier untersuchten Heimkehrern die Verhältnisse der einheimischen Bevölkerung noch nicht erreicht. Während von der einheimischen Bevölkerung 77,1% Inhaber von Normalwohnungen waren und der Rest in Untermiete bzw. in Notwohnungen untergebracht war, lebten von den hier untersuchten Heimkehrern nach ihren Angaben erst 44% in Normalwohnungen, während für den Rest der Heimkehrer die Wohnungen zu klein waren, Untermietwohnungen waren oder erhebliche Mängel aufwiesen, so daß sie als Notwohnungen angesprochen werden mußten. Die Gruppe der Vertriebenen steht hierbei allerdings noch wesentlich schlechter da. 1950 waren lediglich 29,5% der Vertriebenenhaushaltungen Inhaber von Normalwohnungen, während der überwiegende Teil des Restes in Untermiete wohnte (20). Seit 1950 haben sich allerdings die Wohnungsverhältnisse der Vertriebenen durch Neubauten wohl weitgehend gebessert, so daß die für die Flüchtlinge angegebenen Zahlen von 1950 nicht ohne weiteres mit den 1954/55 gewonnenen Zahlen der Heimkehrer vergleichbar sind.

Neben den beruflichen und den Wohnungsschwierigkeiten waren für die Heimkehrer noch im **Familienleben** erhebliche Probleme zu bewältigen, die durch die lange Gefangenschaft, die veränderten wirtschaftlichen Verhältnisse und das zwangsläufige Auseinanderleben der Eheleute durch eigene Weiterentwicklung unter völlig anderen Voraussetzungen aufgetreten waren. Eine wohl nicht geringe, allerdings prozentual bisher nicht erfaßte Zahl der Ehen ist an diesen Schwierigkeiten gescheitert.

Da bekannt ist, daß Konflikte, deren Lösung Schwierigkeiten bereitet, sich über das Seelische in vegetativen Störungen auswirken können, lassen die hier bei 200 Heimkehrern gemachten Erfahrungen doch sehr daran denken, daß in diesen Fällen die Anpassung an die veränderten Verhältnisse und die soziale Einordnung doch wohl nicht ganz gelungen ist und daß dystrophiebedingte vegetative Regulationsstörungen durch die Einflüsse der Umwelt in ihrem Abklingen verzögert wurden. Auf diese Umstände haben bereits 1950 Meyeringh und Dietze (1) sowie 1955 in ähnlichem Zusammenhang Paschlau (22) hingewiesen. Es ist in diesem Zusammenhang auch interessant zu beobachten, daß sich bei manchen Heimkehrern der Jahre 1953 und 1954 in der ersten Zeit dicht nach der Heimkehr noch keine schwerwiegenden vegetativen Regulationsstörungen fanden, sondern sich diese erst im Laufe des folgenden Jahres herausbildeten bzw. verstärkten. Hierbei muß es allerdings wohl offen bleiben, ob nicht die zunehmend abheilende Dystrophie zu stärkeren Schwankungen im vegetativen Gleichgewicht führt oder ob die Schwierigkeiten in der sozialen Einordnung eine maßgebliche Rolle mitspielen. Auf keinen Fall können aber auf gesundheitlichem Gebiet die erheblichen seelischen Belastungen übersehen werden, denen der Heimkehrer auch noch nach seiner Heimkehr in der Heimat ausgesetzt ist.

DK 616.839—008.64:616—056.54

Schrifttum: 1. Meyeringh u. Dietze: Dtsch. med. Wschr. (1950), S. 1393. — 2. Meyeringh: Ärztl. Wschr. (1950), S. 889. — 3. Schmitz: Med. Klin. (1950), S. 1297. — 4. Lohmeyer: Med. Klin. (1951), S. 16. — 5. Bansi: Das Hungerödem (1949). — 6. Bansi: Dtsch. med. Rdsch. (1949), S. 1277. — 7. Berning: Die Dystrophie (1949). — 8. Gülzow: Wiss. Zschr. Univ. Greifswald, I (1951/52), S. 46. — 9. Sedlmayr: Med. Klin. (1949), S. 1223. — 10. Bansi: Dtsch. med. Wschr. (1955), S. 976. — 11. Fritze u. Buschmann: Medizinische (1955), S. 593. — 12. Glatzel: Handb. d. inn. Med., VI/2 (1954), S. 470. — 13. Meyeringh: Dtsch. med. Wschr. (1954), S. 241. — 14. Deglmann: Medizinische (1954), S. 839. — 15. Jochheim: Act. neurovegetativa, Wien (1955), S. 153. — 16. Curtius: Med. Klin. (1950), S. 321. — 17. Hoff: Wien. med. Wschr. (1952), S. 396. — 18. Wyss: Psyche (1951), H. 8. — 19. Pougher: Brit. med. J. (1955), S. 409. — 20. Dr. Tetzlaff: Die Flüchtlinge in Schleswig-Holstein, Ergebnis der Flüchtlingssondererhebung des Landessozialministers Schleswig-Holstein (1950), S. 43. — 21. Statistik des Landes Schleswig-Holstein (1953), H. 9, S. 40 — 22. Paschlau: Münch. med. Wschr. (1955), S. 1204.

Summary: Report is given on vegetative regulation disturbances which occurred in a group of 200 ex-prisoners of war even 5 years after their return home. The investigation of their social and eco-

nomic situation revealed that these persons had to face and handle considerable difficulties till they succeeded in finding their way back to normal life. The author points out that mental stress due to troubles and failures in social life have great influence on the course of vegetative regulation disturbances.

Résumé: On rapporte le cas de 200 prisonniers rentrés au pays en 1948—1949 chez lesquels existent encore toujours, après plus de 5 ans des troubles de la régulation végétative. L'examen des conditions sociales et économiques de ces gens a montré qu'ils avaient eu des difficultés considérables pour s'adapter aux nouvelles conditions sociales et aux changements des conditions de vie. La surcharge psychique causée par les échecs de réadaptation joue un rôle important pour l'atténuation des troubles de la régulation végétative.

Anschr. d. Verf.: Neumünster, Roonstr. 54.

Für die Praxis

Aus der inneren Abteilung der Diakonissen-Krankenanstalten Düsseldorf-Kaiserswerth (Chefarzt: Dr. med. *B. Buchholz*)

Beitrag zur Krankheitssimulation und Selbstbeschädigung aus dem Bereich der inneren Medizin

von Oberarzt Dr. med. *P. Jünemann*

Zusammenfassung: Unter Anführung eigener Beobachtungen wird aus dem großen Gebiet der Krankheitssimulation und Selbstbeschädigung von internistischer Sicht aus berichtet. Es wird besonders auf die Motivierung derartiger Handlungen in Kriegs- und Friedenszeiten eingegangen und gefordert, bei allen unklaren Krankheitssymptomen an die Möglichkeit eines Artefaktes zu denken. Auf die Bedeutung für die internistische Begutachtung wird besonders hingewiesen.

So alt wie die Geschichte des Betruges ist auch die Kenntnis von der Vortäuschung von Krankheiten und von der Selbstbeschädigung. Krankheitssimulationen und Selbstbeschädigungen werden fast immer begangen, um einen bestimmten Zweck zu erreichen; als Selbstzweck bei abnormer Geisteshaltung sind sie sicher sehr selten („Tendenz zur iatrogenen Selbstverstümmelung" nach Schaltenbrand und Wasmuth). In den früheren Jahrhunderten waren vielfach religiöser Fanatismus und „Sühneempfinden" (Troemner) der Anlaß zur Selbstbeschädigung. Mit der Einführung der Militärdienstpflicht und mit dem „Zeitalter des Rentenbegehrens" nahmen die Krankheitssimulationen und Selbstbeschädigungen im Vergleich zu früher natürlich erheblich zu. Die Gründe hierfür liegen auf der Hand. In den Sanitätsberichten des deutschen Heeres und der Marine des ersten Weltkrieges findet man nur sehr wenig über beobachtete Selbstbeschädigungen und vorgetäuschte Krankheiten. Sicher dürften die Zahlen bei der Wehrmacht des zweiten Weltkrieges sehr viel höher liegen, weil die seelischen und körperlichen Belastungen des einzelnen wohl durchweg größer waren. Von gegnerischer Seite wurde dies rasch erkannt und ausgenützt. Viele Ärzte werden sich noch an die in Form eines Reclam-Heftes gekleidete Schrift „Dr. med. Wohlfahrt: Krankheit rettet" und an die sog. „Marinedienstvorschrift" erinnern, die von alliierter Seite aus in Umlauf gesetzt wurden und bei den im Westen eingesetzten Truppen kursierten. Diese Hefte enthielten nicht nur recht ausführliche Anleitungen zur Krankheitssimulation und Selbstbeschädigung, sondern auch Anweisungen für Rezeptfälschungen. Auch in den Zwangsarbeiter-, Konzentrations-, Kriegsgefangenen- und Internierungslagern des letzten Krieges dürften vorgetäuschte Krankheiten an der Tagesordnung gewesen sein, wenngleich die deutsche Literatur hierüber noch spärlich ist. In Friedenszeiten liegen die Motive naturgemäß auf einer anderen Ebene. Neben den schon erwähnten Rentenjägern ist die Tendenz zur Krankheitssimulation vor allem bei Inhaftierten und bei Fürsorgeschützlingen gegeben. Sie sind deswegen besonders den Amts- und Gerichtsärzten geläufig. Es gibt aber praktisch keine Disziplin in der Medizin, die von den zahllosen Möglichkeiten der Krankheitssimulation und Selbstbeschädigung verschont geblieben ist. Der Dermatologe und der Chirurg bekommen sie wohl am häufigsten zu Gesicht.

Durch die fortgeschrittene Entwicklung der diagnostischen Technik auch in der inneren Medizin dürfte es aber im einzelnen Falle meistens nicht schwierig sein, derartige Patienten richtig zu beurteilen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, daß man an die Möglichkeit eines Artefaktes überhaupt denkt, und dies sollte vor allem stets bei unklaren Krankheitssymptomen der Fall sein.

So wird z. B. immer wieder zu spät daran gedacht, bei unklaren und nicht zum klinischen Bild passenden **Temperaturen** rektal zu messen und dabei durch die Pflegepersonen das Thermometer festhalten zu lassen. Jedem Arzt sind diese Fälle bekannt, die erst dann „spontan" entfiebern. Die Rektalmessung ist jedenfalls eine weniger zeitraubende und kostspielige Maßnahme als die Vielzahl der üblichen Laboratoriums- und Röntgenuntersuchungen.

Es widerspricht einem echten ärztlichen Denken und Handeln, wenn man sich mit dem „Entlarven" eines solchen Patienten zufriedengibt und ihn aus dem Krankenhaus hinausjagt. Man sollte sich mit ihm in Ruhe und nicht in Gegenwart dritter Personen zusammensetzen und ihm zu verstehen geben, daß man seine Manipulationen durchschaut hat. Bei der Aussprache wird dann meistens leicht das Motiv für seine Handlungsweise aufgedeckt. Sehr häufig sind es Schwierigkeiten in der Ehe und im Beruf oder schlechte soziale Verhältnisse, die dem Patienten eine Verlängerung seines Krankenhausaufenthaltes wünschenswert erscheinen lassen. Eine Exploration im Sinne der „kleinen Psychotherapie" wirkt hier oft Wunder.

In den Hungerjahren nach dem letzten Krieg sahen wir derartige Fälle häufiger, weil die Krankenhausverpflegung durchschnittlich besser war als die der übrigen Bevölkerung.

So beobachteten wir 1947 in unserem Tuberkulosekrankenhaus einen Patienten, der, nachdem mehrere Sputumserien tbc-negativ verlaufen waren, aus dem Sputumbecher eines offentuberkulösen Mitkranken **Sputum** in den Mund nahm und dann später in der Gegenwart einer Schwester in eine Petrischale zur Untersuchung entleerte. Ähnliche Fälle sind schon von Mayr und Mitarbeiter und von Seibert beschrieben worden. Eine andere Patientin aggravierte ihre nur leichte Herzinsuffizienz, indem sie jeden Morgen auf der Toilette vorsichtig Lippen, Ohrmuscheln und Fingernägel mit Tinte bläulich färbte. Durch die Verfeinerung der Röntgentechnik ist die Erkennung von Simulationen im Bereich der **Lungen** und des **Magen-Darm-Kanales** (z. B. Verschlucken von Zellstoff vor der Röntgenuntersuchung zur Vortäuschung eines Karzinomes) wohl kein Problem mehr. Hingegen macht auf dem Gebiet der Herz- und Kreislaufkrankheiten vor allem noch die **Koronarinsuffizienz** diagnostisch Schwierigkeiten, wenn man von den Herzrhythmusstörungen nach Bohnenkaffee und Nikotin (Lickint) absieht. Durch die zahlreichen Veröffentlichungen in der Laienpresse über die „Managerkrankheit" verfügt der Patient häufig über eine ziemlich genaue Kenntnis des Symptomenkomplexes. Das Ekg. im anfallsfreien Intervall ergibt auch bei der „echten" Koronarinsuffizienz sehr häufig keinen krankhaften Befund, selbst wenn es um die unipolaren Brustwand- und Extremitätenableitungen erweitert wurde. Auch der negative Ausfall des Belastungsversuches ist kein Beweis gegen die Diagnose Koronarinsuffizienz; außerdem wird von Korth u. a. mit Recht vor der kritiklosen Anstellung von Belastungsversuchen bei kreislaufgefährdeten Patienten gewarnt, und zur richtigen Auswertung eines Belastungs-Ekg. bedarf es einer größeren Erfahrung. Man sollte sich daher nicht scheuen, derartige unsichere Patienten zu einer klinischen Beobachtung einzuweisen. Dies erscheint besonders bei Gutachtenfällen

ratsam, denn eine mehrtägige Krankenhausbeobachtung ist für den Kostenträger immer noch billiger als eine jahrelang zu Unrecht bezogene Rente.

Krankheitssimulationen aus dem Gebiet der **Leberkrankheiten,** die bei der Wehrmacht im vergangenen Krieg nicht selten waren, werden in normalen Zeiten wohl kaum noch beobachtet, weil hier die richtige Diagnose bei Vornahme der routinemäßigen Laboruntersuchungen kein Problem mehr ist. Es sei erinnert an die ikterusähnlichen Verfärbungen der Haut nach Einnahme von Atebrin, Trypaflavin oder Rivanol (Seibert) oder von Pikrinsäure (eigene Beobachtung). Gleichzeitiges Essen von Fingerhutblättern sollte zu der entsprechenden Bradykardie führen. v. Bergmann beschrieb mehrere Fälle von schwerer toxischer Leberschädigung mit Ikterus nach Trinken von sonnenerhitztem Ölsardinenöl oder Aufkochung von Heringsköpfen in Schmieröl beim Afrikakorps. Besonders umfangreich ist die Literatur über artefizielle Beschädigungen der **Haut,** die wohl vor allem der Dermatologe zu Gesicht bekommt, in selteneren Fällen aber auch den Internisten beschäftigt, wie die folgende Beobachtung zeigt:

Die 35j. Patientin befand sich von 1947 bis 1954 17mal wegen unklarer Blutungen unter die Haut mit zeitweiligen Fieberschüben in Krankenhausbehandlung. Die uns zugänglich gewordenen alten Krankenpapiere ergaben, daß in keinem der vorbehandelnden Krankenhäuser die bestehende „Blutungsneigung", die zu größeren Suffusionen an Stamm und Extremitäten geführt hatte, diagnostisch geklärt werden konnte. Es wurde in keinem Fall eine Störung der Blutgerinnung bzw. eine vermehrte Gefäßdurchlässigkeit festgestellt. Vorübergehend wurde auch Blut im Urin nachgewiesen. Gleichzeitige hohe Fieberschübe ließen in einer anderen Klinik den Verdacht auf eine retroperitoneale Eiterung aufkommen. Die rechte Niere wurde operativ freigelegt und erwies sich als gesund. Durch die imponierenden Hautblutungen, das unklare Fieber und zeitweilige Kolikschmerzen im Leib war die Patientin zum Schrecken der Praktiker ihres Wohnbezirkes geworden, die sie immer wieder zu wechseln pflegte. Auch bei uns fanden sich über handtellergroße Hämatome, für die sich bei der eingehenden klinischen Untersuchung keine Ursache eruieren ließ. Auffällig erschien jedoch, daß die Blutungen immer nur an den Partien von Rumpf und Extremitäten auftraten, an die die Patientin leicht herankommen konnte. Das hohe Fieber nach den Schüttelfrösten erwies sich bei der rektalen Nachmessung als falsch. Da wohl angenommen werden kann, daß auch in den vorbehandelnden Krankenhäusern rektal nachgemessen wurde, lag bei der Gesamtpersönlichkeit der Patientin der Gedanke nahe, daß bei ihr zeitweise echte Fieberschübe im Sinne der „hysterischen Hyperthermie" auftraten. Die vertiefte Anamnese deckte die Ursache für die „Krankheit" auf: Die Patientin, die von Kindheit an psychisch sehr labil war, entstammte einer soliden Beamtenfamilie. Im Krieg heiratete sie nach einem kurzen Sichkennenlernen während eines Urlaubes „aus Mitleid" ihren jetzigen Mann und machte damit einen tiefen sozialen Sturz in ein Zuchthäuslermilieu. Dieses jedoch erkannte sie erst richtig nach der Heimkehr ihres Mannes aus dem Feld. Eine Ehescheidung kam für sie aus religiösen Gründen (Katholikin) nicht in Betracht. Da diese seelischen Ursachen schon zu fest fixiert waren, wurde die Patientin in fachpsychotherapeutische Behandlung entlassen. Leider brach sie diese Behandlung schon bald wieder ab und landete nach einigen Wochen wieder im nächsten Krankenhaus.

In dem vorliegenden Fall kann an der artefiziellen Ursache der Hämatome wohl kaum gezweifelt werden, obwohl sie nicht direkt bewiesen werden konnte. Wahrscheinlich hatte die Patientin auch das Blut durch irgendwelche Manipulationen in den zu untersuchenden Urin gebracht. Es erscheint in diesem Zusammenhang ratsam, manche sog. **„Resthämaturie"** nach Nephritis bei Versorgungsrentenempfängern mit einer gewissen Skepsis zu betrachten und bei Nachuntersuchungen die entsprechenden Vorsichtsmaßnahmen nicht zu vernachlässigen.

DK 340.65

Schrifttum kann beim Verf. angefordert werden.

Summary: The author gives a survey on various own observations in the vast area of malingering illnesses and self-inflicted injuries of patients. The motivation for these occurrences in peace and wartime are discussed in detail. The author suggests that in all cases of unclear symptoms of a disease the possibility of artifacts must be born in mind. Their significance for medical judgement is particularly important.

Résumé: On décrit les simulations de maladies et les mutilations dans le domaine de la médecine interne. On recherche surtout les motifs de tels actes en temps de guerre et en temps de paix. Il faut toujours penser à la possiblité d'artéfacts quand l'image pathologique n'est pas claire. On attire en particulier l'attention sur leur signification dans les expertises en médecine interne.

Anschr. d. Verf.: Düsseldorf-Kaiserswerth, Kreuzbergstr. 70.

Ärztliche Fortbildung

Aus der chirurgischen Abteilung des St.-Bernwards-Krankenhauses, Hildesheim (Chefarzt: Dr. med. habil. *W. Geisthövel*)

Änderung des Zeitpunktes in der Indikationsstellung zu operativen Eingriffen auf Grund neuerer medizinischer Erkenntnisse

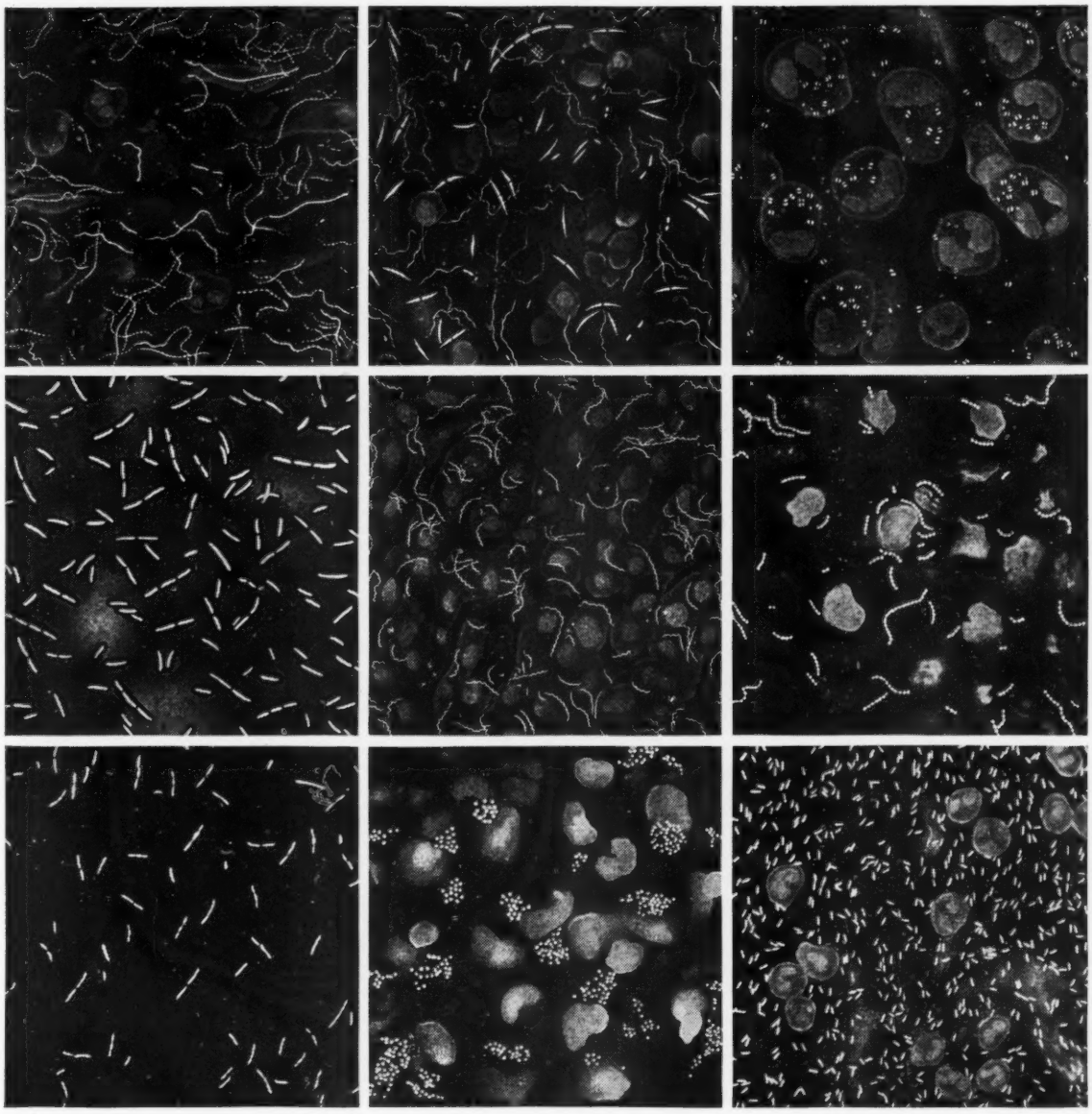
von Dr. med. *Otto Paulitschek* (Schluß)

Das **blutende Magengeschwür** befindet sich in einem Grenzgebiet zwischen chirurgischer und interner Behandlung. Für die einzuschlagende Therapie stellt Seifert folgende Richtlinien auf: Innerhalb der Altersgrenze von 40 bis 45 Jahren muß meistens, über 60 Jahre ausnahmslos und sobald wie möglich operiert werden. Bei jüngeren Magenblutern wird der Eingriff von der Krankheitsdauer, Blutungsstärke und Häufigkeit abhängig gemacht. Dauert aber die Blutung länger als 48 Stunden oder tritt sie in diesem Zeitraum erneut ein, dann sind chirurgische Maßnahmen, mindestens klinische chirurgische Überwachung erforderlich. Die **Magenresektion bei Ulkusbeschwerden** wird in der Regel erst angesetzt, wenn mindestens 2 bis 3 Kuren, die kurz hintereinander durchgeführt worden sind, ohne Erfolg bleiben. Soziale Indikation (schnelle Erreichung der Arbeitsfähigkeit) verführen uns selten zu früherem operativem Eingreifen.

Wandel der Behandlungserfolge des **Magenkrebses** kann nur die Frühdiagnose bzw. der Frühverdacht bringen. Von chirurgischer Seite muß folgende Forderung aufrechterhalten werden: Wenn nach 6 Wochen klinisch, röntgenologisch und gastroskopisch ein möglicherweise vorhandener Magenkrebs nicht sicher ausgeschlossen werden kann, soll die Probelaparotomie durchgeführt werden.

Bei **Verätzungen der Speiseröhre** empfiehlt Stark erst nach Abklingen der akuten Erscheinungen den Magenschlauch einzuführen, und zwar bei Laugenverätzungen nach etwa 1 bis 3 Tagen, bei Säureverätzung nach etwa 6 bis 8 Tagen. Diese Sofortbehandlung verhindert die Ausbildung der später schwer zu behandelnden Strikturen. Pylorusstenosen, die nach Salzsäureätzung entstanden sind, sollen nicht vor Ablauf der ersten 6 Wochen reseziert werden.

Über die Operationsindikation der akuten **Appendizitis,** insbesondere über den Termin, ist schon viel geschrieben worden. Wir operieren jede akute Appendizitis sofort und halten uns nicht mehr an die 48-Stunden-Grenze. Sind bereits Zeichen eines entzündlichen Tumors von außen nachweisbar, dann wird jedoch abgewartet und nur operiert, wenn plötzlich Zeichen einer ausgedehnten Peritonitis auftreten, d. h. wenn der abgegrenzte intraabdominelle Prozeß sich ausgedehnt hat. Ist das klinische Bild nicht eindeutig, oder verschlechtert sich der Allgemeinzustand, dann verschaffen wir uns durch Laparotomie Klarheit. Ein überraschend geöffneter Konglomerattumor bedeutet heute bei der Hilfe durch Marbadal und Streptomycin nicht mehr die große Gefahr wie früher. Bei Peritonitis nach perforierter Appendizitis muß möglichst sofort operiert werden, gleichgültig in welchem Stadium sich die Bauchfell-



BEI INFEKTIONEN **Tetracyn** Wz. a.

Das Tetracyclin von Pfizer

Tetracyclin von Pfizer entdeckt

Tetracyclin von Pfizer entwickelt

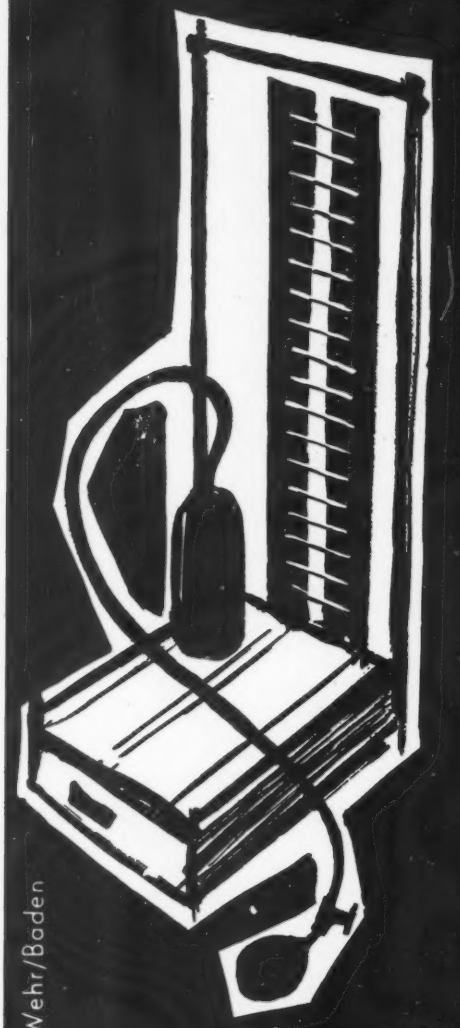
Tetracyclin von Pfizer unter dem Namen

Tetracyn

als jüngstes Breitspektrum-Antibiotikum in die Therapie eingeführt

Pfizer C. H. BOEHRINGER SOHN · INGELHEIM AM RHEIN

Abteilung Pfizer-Präparate



Hypertonie
jeder Genese

zur Basistherapie

Serpasil

blutdrucksenkend
beruhigend
entspannend

zur Kombinationstherapie

Adelphan
(Serpasil + Nepresol)

CIBA Aktiengesellschaft · Wehr/Baden

CIBA

entzündung befindet. Bei perityphlitischen Abszessen führt man die Operation im Intervall, im allgemeinen 2 bis 3 Monate nach Abklingen der akuten Entzündungserscheinungen durch. Bei alten, heruntergekommenen oder adipösen Leuten mit geringgradigen Beschwerden unterlassen wir die Intervallappendektomie. Die akute Appendizitis in der Schwangerschaft erfordert, welcher Art und wie weit sie auch fortgeschritten sein mag, sofortiges Eingreifen. Bei dem vergrößerten Uterus ist erfahrungsgemäß die Gefahr einer Peritonitis wesentlich erhöht.

Der Zeitpunkt des operativen Eingriffs bei **Gallensteinleiden** wird weitgehend von der Einstellung des Internisten bestimmt. Da das Gallensteinleiden bei kurz hintereinander sich wiederholenden Anfällen meist nicht mehr zur Ruhe kommt, empfehlen wir dem Patienten nach 5 bis 6 Anfällen die Operation. Diese wird um so dringender, wenn rezidivierender Ikterus, Fieber und Schüttelfrost (Cholangitis?) die Koliken begleiten.

Gallenblasenempyeme mit drohender Perforation, die übrigens zu den Seltenheiten gehört, zwingen zum sofortigen Eingreifen. Leider gehen auch hier die Ansichten der Internisten häufig mit denen der Chirurgen nicht konform. Machen wir von der Cholezystostomie als dem Eingriff mit der geringsten Belastung gelegentlich bei alten Leuten Gebrauch, so können wir diese Notoperation in der lebensbedrohlichen Phase in Lokalanästhesie durchführen und nach Überwindung des gefährlichen Zustandes einige Wochen später die Ektomie anschließen.

Besteht bei einem Patienten ein **Ikterus** länger als 3 bis 4 Wochen, so muß auf die Operation gedrängt werden, dieses um so mehr, wenn in der ganzen Zeit der Stuhl entfärbt war. Es kann abgewartet werden bei einem Jugendlichen ohne Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens und wenn klinisch das Vorliegen einer Hepatitis mäßigen Grades gesichert ist. Sollte die Operation trotzdem durchgeführt worden sein und wider Erwarten nicht eine mechanisch bedingte Gelbsucht vorliegen, sondern eine Hepatitis, dann kann die durchgeführte Choledochusdrainage von günstigem Einfluß auf den Krankheitsverlauf sein. Man hat den Eindruck, daß im Ablauf des Krankheitsgeschehens durch Ableitung der Galle ein toter Punkt überwunden wird, und zwar wird empfohlen, die Drainage um so länger durchzuführen, je länger die Gelbsucht bestand. Ergab die Laparotomie aber einen inoperablen Tumor, dann kann entsprechend dem sicher vorliegenden Befund auch die Behandlung durchgeführt werden, d. h. symptomatisch, analgetisch.

Bei **akuten Pankreaserkrankungen** ist die früher von chirurgischer Seite geforderte sofortige Operation weitgehend wieder verlassen worden. Man spricht heute mehr von „verzögerter Operation", und zwar am dritten bis fünften Krankheitstage. Auch diese sollte nicht wahllos geschehen, sondern Junghanns meint, erst dann, wenn nach Überwindung des anfänglichen Schockzustandes eine zunehmende Verschlechterung besteht. Ein sofortiger Eingriff ist am Platze, wenn nach dem „klinischen Bild neben der Exsudation in die Bauchhöhle auch klinische Zeichen einer erheblichen Blutung bestehen". Bei dem oft unklaren Bild der Pankreaskrankheiten, wobei differentialdiagnostisch besonders an eine Perforation im Bereich des Magen-Darm-Kanals, an eine akute Appendizitis oder an einen Ileus gedacht werden muß, ist gelegentlich eine Probelaparotomie nicht zu umgehen.

Bei einer eindeutig vorliegenden **stumpfen Bauchverletzung**, die klinisch wie auch anamnestisch gesichert ist, eröffnen wir selbstverständlich sofort die Bauchhöhle. Besteht nur der Verdacht auf eine intraperitoneale Verletzung, so warten wir zunächst 1 bis 3 Stunden ab, da eine überflüssig ausgeführte Laparotomie für den Frischverletzten eine erhebliche Belastung bedeutet. Klingen aber die Symptome nicht ab, insbesondere wenn die Leibschmerzen mit Bauchdeckenspannung länger als 6 Stunden bestehen, so sollte unbedingt die Laparotomie durchgeführt werden, auch wenn röntgenologisch keine Luftsichel unter dem Zwerchfell sichtbar ist. Letzteres ist nur in 40% der Fälle nachweisbar. Mitbestimmend für unser Handeln werden auch der Anstieg von Puls- und Leukozytenzahl und Abfall der Blutdruckwerte und des Hgb.-Gehaltes sein. Bei Verletzungen eines Hohlorganes ist rasches Handeln notwendig, da sich die Prognose mit jeder Stunde verschlechtert. Zurückhaltender ist unsere Einstellung bei stumpfen Nierenverletzungen.

Bei der **Prostatahypertrophie** sind die in der Schulmedizin gezeichneten drei Abschnitte im Krankheitsverlauf nicht immer streng abzugrenzen:

1. Stadium: Pollakisurie.
2. Stadium: Dauernde teilweise Harnverhaltung ohne Distension der Blase.
3. Stadium: Urinretention mit Erschlaffung der Blasenwand.

In allen Stadien kann die akute Harnverhaltung auftreten. Beim ersten ist noch konservatives Verfahren mit Katheterisieren am Platz. Schwieriger ist die Entscheidung im 2. Stadium. Hier begnügen wir uns mit dem Katheterisieren, wenn es uns gelingt, im Laufe von 2 bis 3 Wochen durch Dauerkatheter und dann durch öfteres, tägliches Katheterisieren das Stadium 1 wiederherzustellen. Selbstverständlich werden wir bei jüngeren Patienten in gutem Allgemeinzustand mit einer größeren Lebenserwartung eher zur Operation schreiten als bei einem durch andere Begleitkrankheiten geschwächten Greis, halten uns aber dabei an keine bestimmten Altersgrenzen. Das 3. Stadium zwingt uns nach Ausschluß von Gegenindikationen zu sofortigen operationsvorbereitenden Maßnahmen. Im ganzen gesehen muß heute die Frühoperation angestrebt werden, da dadurch größere Erfolge erzielt werden können. Es muß betont werden, daß bei hinauszögernder konservativer Behandlung eine Mortalitätsziffer von 60%, bei operativer nur eine von 5 bis 8% besteht. Wichtig dabei ist, erst durch einen lange genug liegenden Dauerkatheter das Kontraktionsvermögen der Blase wieder herzustellen, die Folgen der Harnstauung (Hydronephrose und Hydroureter) zu beseitigen, der Niere Gelegenheit zur Erholung zu geben, Blutdruck und Rest-N möglichst zu senken. Werte zwischen 50 bis 80 mg% Rest-N weisen zwar auf eine mangelnde Nierenfunktion hin, in besonders gelagerten Fällen mit zufriedenstellenden Ausscheidungsproben an Harn kann trotzdem die Operation gewagt werden. Man beseitigt also vor der Operation zuerst die Folgen der Prostatahypertrophie, erst dann ist der günstige Zeitpunkt zur Operation gegeben. Man darf auch hier nicht vergessen, daß die operative Beseitigung des Harnstops bei einer erweiterten Blase durch die plötzlichen Änderungen der Druckverhältnisse gefährlich wird, da Zirkulationsstörungen ausgelöst werden können.

Die frühzeitige Nephrektomie bei **Urogenital-Tuberkulose** wird heute als Fehler angesprochen. Der günstigste Zeitpunkt kommt erst nach entsprechendem Heilstättenaufenthalt und Vorbehandlung mit tuberkulostatischen Mitteln. Durch diese medikamentöse Behandlung seien frische Fälle auszuheilen (May).

Die **Entzündungen im Gesicht und am Hals** werden den Arzt oft vor schwere Entscheidungen zwischen konservativem und operativem Vorgehen stellen. Sie sind bei Hilfestellung durch die Antibiotika mehr zugunsten der konservativen Therapie entschieden worden. Der Zeitpunkt der chirurgischen Behandlung wird möglichst weit hinausgeschoben. Oft wird aber dieses letzte Vorgehen nicht zu vermeiden sein.

Vor der chirurgischen Behandlung der **Tuberkulose der Lymphgefäße und Lymphknoten** muß geklärt sein, ob es sich um eine Primärkomplextuberkulose handelt, welche von der Schleimhaut des Mundwinkels oder kariösen Zähnen ausgeht, oder um eine Organtuberkulose des Lymphknotensystems. Die häufigere erste Form erfordert, daß zunächst die Tonsillen entfernt worden sind und der sonstige Primärkomplex beseitigt worden ist, erst dann soll die Lymphknotenexstirpation erfolgen. Bei der hämatogenen Verlaufsform dagegen soll keine Operation durchgeführt werden. Bei vereinzelt erweiterten tuberkulösen Lymphknoten werden der Operation die Punk-

tionsbehandlung, Gaben von Streptomycin und PAS vorausgeschickt.

Bei der Behandlung der **Knochenbrüche** sind durch die neuen Schockbekämpfungsmittel Möglichkeiten für aktiveres Vorgehen sowohl bei der Reposition als auch Ruhigstellung geschaffen worden. Der unfallbedingte Schock kann heute im allgemeinen schneller beseitigt werden, so daß die Osteosynthese meist keine längere Verzögerung erfährt. Mit der Reposition sollte nicht erst bis zum völligen Abklingen des Hämatoms gewartet werden. Oft wird der Bluterguß erst durch die Fehlstellung infolge Drucks eines Fragmentes erhalten oder vermehrt. Man ist besonders nachts zu sehr geneigt, aus falscher Rücksicht auf das Personal die Fraktur bis zum Morgen auf Schienen zu fixieren mit der entschuldigenden Begründung, daß der Bluterguß geringer werden müßte. Insbesondere gelingt es durch Lokalanästhesie, die möglichst bald nach der Knochenverletzung durchgeführt wird, die an der Frakturstelle lokalisierten Durchblutungsstörungen zu beheben und dadurch bereits schon günstigere Bedingungen für die Frakturheilung zu schaffen.

Sofortige Repositionen sind bei **Verrenkungen** selbstverständlich. Besondere böse Auswirkungen finden wir bei verzögerter Reposition des Sprungbeines, das wegen der besonderen Ernährungsverhältnisse rasch einer aseptischen Knochennekrose verfällt. Da außerdem auch die gespannte Haut über dem Sprungbein absterben kann, wodurch einer Infektion Vorschub geleistet wird, tut Eile not.

Hellner empfiehlt einen **Kniegelenkserguß** 6—8 Tage nach dem Unfall zu punktieren, weil dadurch fibrinöse Auflagerungen und langwierige Versteifungen verhütet werden. Wir entleeren Kniegelenksergüsse bereits am 2. und 3. Tage, da sich dann die Blutgerinnsel noch nicht so stoppend vor die Kanüle legen. Bei Meniskusverletzungen erscheint die Exstirpation der verletzten Bandscheibe angebracht, wenn nach einer 4 bis 6 Wochen langen Ruhigstellung in einer Gipshülse unveränderte Einklemmungserscheinungen bestehen und durch die Beschwerden Erwerbsminderung verursacht wird.

Bei **verzögerter Kallusbildung** ist meist durch eine entsprechend lange Ruhigstellung doch noch eine knöcherne Fixation zu erreichen. Man wird sich manchmal bis zu 7 Monaten gedulden müssen! Wird nach diesem Zeitraum nicht genügend Festigkeit erreicht, ist der Zeitpunkt zu operativen Maßnahmen gekommen. Nach komplizierten Frakturen sollen operative Korrekturen erst vorgenommen werden, wenn die Wunde zwei Monate reizlos verheilt ist. Dieser Zeitpunkt ist auch bei Verwendung von Antibiotizis oder Sulfonamiden in der Regel einzuhalten.

Während man früher bei **Schenkelhalsfrakturen** geneigt war, etwa 8 Tage zu warten, operieren wir jetzt bereits am 2. Tage, da bei längerem Warten wegen der Schmerzen und der fixierenden Lagerung mehr Komplikationen, insbesondere Kreislaufstörungen und Pneumonien, bei den meist alten Patienten auftreten. Abgesehen davon ist auch die Reposition in den ersten Tagen leichter durchführbar.

Die Behandlung der **chronischen Osteomyelitis,** die früher bei vorzeitig durchgeführter Sequestrotomie mit erhöhter rezidivierender Sequesterbildung belastet war, ist heute bei den zur Verfügung stehenden Antibiotizitis aktiver geworden. Es wird nach 4tägiger Vorbereitung mit Penicillin die Radikaloperation (Entfernung des krankhaften Knochengewebes, Ausfüllung der Mulde mit gestieltem Muskellappen und primär dichter Verschluß) durchgeführt. Das Penicillin wird dann örtlich noch weiter gegeben. Schwieriger ist es, herauszufinden, wann eine akute Osteomyelitis in eine chronische übergegangen ist. Die chronische Osteomyelitis mit akutem Schub eröffnen wir zuerst und entleeren den Abszeß. Die Radikaloperation schließen wir erst nach Abklingen der akuten Entzündungserscheinungen an.

Der Zeitpunkt des operativen Handelns bei der **Knochentuberkulose** läßt sich nicht schematisieren. Bei Kindern ist Abwarten eher angezeigt. Ist ein Knochenherd, eine Karies oder ein Sequester als Ursache einer Fistel oder Abszeßbildung vorhanden, so soll mit dem operativen Eingriff nicht lange gezögert werden. Dabei wird an die günstige Wirkung von Tb 1 bis 3 und PAS und Streptomycin erinnert. Hinsichtlich des Termins des operativen Eingriffes ist zu bemerken, daß die tuberkulöse Osteomyelitis ja nicht sofort röntgenologisch erfaßt werden kann, sondern man erst die sekundären Knochenveränderungen feststellt, die nach Schinz mindestens 10 Wochen zur Ausbildung erfordern. Die Beurteilung der einzelnen Röntgenbilder erfordert große Erfahrung. Faßt man die Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose nicht nur als Kampf gegen den Tuberkelbazillus, sondern auch gegen die lange Zeit auf, so ist es ratsam, nicht die volle Inaktivität des tuberkulösen Prozesses abzuwarten, sondern unter dem Schutz der Tuberkulostatika frühzeitig zu operieren.

Die Behandlung der **Schilddrüsenkrankheiten** hat durch die Einführung der Thyreostatika chirurgischerseits eine Änderung erfahren. Während bei der euthyreotischen Struma die Wahl des Operationstermines weitgehend von den äußeren Umständen abhängig gemacht werden kann, ist bei der hyperthyreotischen Form eine Vielzahl von zusätzlichen Operationsgefahren vorhanden, die eine Festlegung des Zeitpunktes von der Vorbehandlung und Stärke der Hyperthyreose abhängig macht. Ein Wandel ist durch die Thyreostatika eingetreten. Man war geneigt, z. B. mit Thiouracil die operative Behandlung zu umgehen, was sich leider oft nicht nur verzögernd, sondern auch erschwerend auf die Operation ausgewirkt hat. So weist W. Hess darauf hin, daß „nach der überwiegenden Mehrzahl der bisherigen Erfahrungen Thiouracil auf die Dauer bei den meisten Fällen die Operation nicht zu ersetzen vermag". Auch er betont, daß die Struma unter dieser Behandlung erheblich größer, blutreicher und die Operation damit technisch schwieriger wird. Bei der präoperativen Jodvorbehandlung nach Plummer (beginnend mit tgl. 3mal 5 Tropfen 5%iger Lugolscher Lösung, dann steigernd tgl. um 3mal 1 Tropfen) erreicht man etwa am 12. Tage das zeitliche Optimum zur Operation. Tritt eine wesentliche Besserung aber nicht ein, so muß die Operation verschoben werden. Auf Jod reagiert besonders die Struma basedowificata schlecht. Wenn die Jodbehandlung zu früh abgesetzt wird, kann der Patient in Lebensgefahr kommen. Hess empfiehlt den Grundumsatz mit Thiouracil zu normalisieren, das Mittel etwa eine Woche vor der Operation abzusetzen und etwa 3 Wochen vor der Operation Jod zu geben, um eine Verkleinerung der Drüse zu erreichen. Als Vorbedingung der Operation stellt er auf, daß das Körpergewicht im Ansteigen begriffen ist, der Ruhepuls unter 110 pro Minute liegt und der Grundumsatz nicht über 30% erhöht ist.

Über die Vorbestrahlung bei **Mammakarzinom** ist man hinsichtlich des Dauererfolges geteilter Ansicht. Wir verwenden keine Zeit auf die Vorbestrahlung. Wird sie aber durchgeführt, dann sollte die Radikaloperation sofort nach Schwinden der Bestrahlungsreaktion vorgenommen werden, wobei man aber ein Intervall von 6 Wochen nicht überschreiten sollte. Wichtiger ist die Frage der Notwendigkeit einer vorausgehenden Probeexzision. Hier wäre es ideal, wenn in allen Krankenhäusern die Schnellschnittmethode durchführbar wäre, um bei nachgewiesenem Krebs sofort die Radikaloperation anschließen zu können. Auf Grund dieser technischen Unzulänglichkeit kann die Amputation erst nach einigen Tagen vorgenommen werden, nachdem sich infolge des traumatischen Reizes lymphatische Störungen und manchmal auch entzündliche Reaktionen entwickelt haben. Ein Wandel dieser nachteiligen Zeitverhältnisse wird neuerdings durch Ausbau der Röntgendiagnostik angestrebt. Die Nachbestrahlung setzen wir etwa 4 Wochen nach der Radikaloperation bei reizloser Narbe an.

Wir hoffen, mit diesen Ausführungen, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben sollen, den Kollegen, besonders den praktischen Ärzten einige wertvolle Hinweise geben zu können.

DK 617—089.15

Schrifttum kann beim Verfasser angefordert werden.

Husten

TUSSIPECT

starker Husten

TUSSIPECT MIT CODEIN

	DM o.U.
TUSSIPECT-TROPFEN 20 ccm	1.00
Tussipect-Hustensirup 180 g	1.80
Tussipect-Dragees 40 Stück	0.95

	DM o.U.
TUSSIPECT-TROPFEN mit Codein 20 ccm	1.25
Tussipect-Hustensirup mit Codein 180 g	2.15

BEIERSDORF · HAMBURG

Tu 142

HOMBURG

Keine Behandlung der Apoplexie
(ischämischer Insult)
ohne Stützung der Herzkraft

CORDALIN

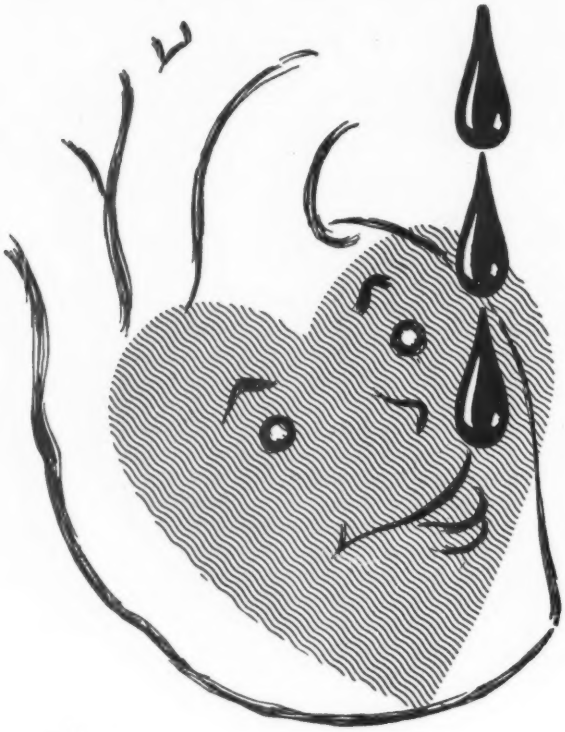
Oxyaethyltheophyllin · Homburg ·

CORDALIN - STROPHANTHIN

Oxyaethyltheophyllin · Homburg · + k — Strophanthin

Die cardiale Insuffizienz
gefährdet die Sauerstoffversorgung
des Gehirns

HOMBURG



Zur potenzierten Organotherapie mit optimal resorbierbarem g-Strophanthin und Gesamtwirkstoffen frischer Warmblüterherzen

besser mit

STROPHOCOR

liquidum

2,5 mg g-Strophanthin je ccm · 10 ccm DM 1.94

MAX E. HENNIG, Chem.-pharm. Laboratorien · Berlin, Werk FLÖRSHEIM/MAIN

SCHWARZER **ELEKTRO-KARDIOGRAPHEN**

mit dem seit Jahren hervorragend bewährten Trocken-Direktschreibverfahren

CARDIOSCRIPT S 4, S 8 und S 12 mit 4, 8 oder 12 selbständigen Kanälen

Die universellen Geräte für die **Kreislaufdiagnostik**

Spezialkanäle und Zubehör für:

- Herzschallschreibung in 8 Filterbereichen
- Intravasale Druckregistrierungen
- Registrierung von Atemfrequenzen
- Narkoseüberwachung auf EEG-Basis
- Elektro-Kardiophonie
- Äußere Pulsabtastung
- Registrierung von Manschettendrucken und bilaterale Oscillographie
- Registrierung von Abdominal-EKG
- Elektro-Kymographie
- Gleichstromverstärkung für die Registrierung von Drucken, Elektro-Dermatogrammen u. ä.

Individuelle Bestückungsmöglichkeiten durch Baukastenprinzip

CARDIOSCRIPT II tragbarer Einkanal-Elektro-Kardiograph für die ambulante Praxis

FRITZ SCHWARZER GMBH · MÜNCHEN-PASING

Summary: The choice of a favourable term for an operation is important for the success of medical practice. The advancements in medicine during the past ten years have led to a change in the choice of a favourable term for an operation. In this article only those diseases are discussed which are affected by this new situation. In some cases the differential diagnosis of several diseases and their various stages must be expounded in detail. The point of this article is devoted particularly to the general practitioner. It gives some hints in the treatment of patients and also in the question of choosing the right time for the admission of patients to the hospital. This article is meant to help in the avoidance of errors and of wrong decisions regarding the right time for an operative intervention.

Résumé: Le choix du moment d'une intervention opératoire est un des facteurs déterminants de sa réussite. Les progrès de la médecine durant ces dernières décades ont souvent provoqué un changement du terme opératoire favorable. On décrit ici les affections pour lesquelles les nouvelles conditions opératoires se sont surtout fait sentir. On s'occupe aussi de la différenciation de quelques images et phases de maladies. Ce travail donnera particulièrement au médecin praticien des directives pour le traitement indépendant et le choix du moment le plus propice pour envoyer le malade en clinique. On évitera aussi bien les interventions trop tardives que trop précoces et ainsi de faire des fautes.

Anschr. d. Verf.: Gelsenkirchen-Buer, St.-Marien-Hospital.

Probata auctoritatum

Die medikamentöse Behandlung akzidenteller und chronischer Schlaflosigkeit bzw. Schlafstörungen

Schlafstörungen — wirkliche Schlaflosigkeit kommt nur bei schwersten Geistes- und Nervenkrankheiten vor — erfordern eine verschiedene medikamentöse Verordnung nach verschiedenen Gesichtspunkten:

1. Ein Unauffälliger ist einen Abend schlafgestört und gerät nun durch falsche Einschlafangst in eine Einschlafstörung. Hier sind allgemein ruhigstellende leichtere Mittel, wie Adalin, Bromural u. dgl., etwa auch Persedon oder Abasin (Tagesberuhigungsmittel) ausreichend.

2. Nicht abstellbare Konflikte verhindern das Einschlafen. Hier sind die bewährten alten und auch auf die Dauer gut vertragenen Schlafmittel am Platze, wie besonders Medinal. Vor Mitteln mit langer Nachwirkung, wie z. B. Luminal, ist zu warnen. In allen schwierigeren Fällen dieser Art, wie sie sich bei dauernden, oft lebenslänglichen seelischen Überbelastungen ergeben, empfiehlt sich 2mal in der Woche Chloralhydrat zu geben, bei empfindlichen Patienten rektal. Mit dieser Verordnung können Menschen in auswegloser innerer Situation über Jahrzehnte schadlos schlaffähig werden. Handelt es sich um labile und sensitive Persönlichkeiten, so genügen häufig leichtere Mittel, außer den bereits unter 1. erwähnten, namentlich auch die neueren barbiturfreien Präparate, wie Dorama, Noludar, Avacal usw.

3. Bekanntlich können viele depressive Patienten abends gut einschlafen, sie fliehen gewissermaßen in den Schlaf, werden aber durch ihre Lebensangst vorzeitig geweckt und haben dann Schwierigkeiten, den Schlaf wiederzufinden. Es ist unzweckmäßig, hier durch unnötig starke abendliche Schlafmittel überzudosieren, man wird vielmehr nur die erwähnten leichten Mittel zum Wiedereinschlafen verordnen. Die Firma Pohl-Boskamp bringt neuerdings unter dem Namen Chloraldurat 0,25 Gramm Chloralhydrat in schwarzen, sich erst nach 3—4 Stunden lösenden Kapseln. Das Präparat ist bei entsprechenden Fällen zu empfehlen.

Im allgemeinen gilt auch für alle Schlafmittel die Regel, erst 2 Jahre Erprobung abzuwarten. Daß jede Schlafstörung universelle Untersuchung und Behandlung verlangt, ist wohl selbstverständlich. Prof. Dr. med. *J. H. Schultz*, Berlin.

DK 616.8—009.836—085

Anschr. d. Verf.: Berlin-Charlottenburg 9, Bayernallee 17.

Soziale Medizin und Hygiene

Aus dem Altonaer Kinderkrankenhaus von 1859 (Chefarzt: Dr. med. *Max Schmidt*)

Probleme der Frühgeborenen-Sterblichkeit an Hand einer Jahresübersicht

von Dr. med. *Georg-Günther Linnekogel*

Zusammenfassung: Es wird an Hand der im Jahre 1954 am Kinderkrankenhaus Altona aufgenommenen Frühgeborenen (Fg.) das Problem der Fg.-Sterblichkeit beleuchtet. Möglichkeiten der Frühgeburten-Prophylaxe bzw. Verbesserung der Aufzuchtmethoden werden diskutiert. Eine Frühgeburtenprophylaxe muß bereits bei den werdenden Müttern ansetzen, wobei ärztliche Führung durch den Hausarzt bzw. durch die amtlichen Stellen der Schwangerenberatung erfolgen kann. Bei der Verbesserung der Aufzuchtmethoden stehen das Transportproblem in die Frühgeburtenstation der Kinderklinik und, für die weiteren Lebenswochen und -monate, Verhinderung einer Pneumonie und Klärung der Ursache und Übertragung der interstitiellen Pneumonie an erster Stelle.

Es ist für den an einer größeren Klinik tätigen Pädiater eine wesentliche Aufgabe, der Aufzucht der Frühgeborenen seine besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Wenn der Prozentsatz der **Sterblichkeit** im ersten Lebensjahr bei Reifgeborenen im allgemeinen Durchschnitt auf etwa 5% und darunter abgesunken ist, so verdanken wir diese Zahl sicher nicht nur den jeweiligen gebesserten sozialen Verhältnissen, sondern nicht zuletzt der vermehrten ärztlichen Aufklärungsarbeit und Betreuung. Ein Großteil der Säuglingssterblichkeit, nach Angaben Ylppös in Europa etwa $^2/_3$, der Frühsterblichkeit sogar $^4/_5$, entfällt auf die Fg. Da es selbst in hochzivilisierten Ländern, deren soziale Struktur und Lebensstandard nicht durch Kriege oder Kriegsfolgen verändert oder herabgedrückt wurden, bisher nicht gelungen ist, die Säuglingssterblichkeit auf wesentlich unter 3% herabzumindern, ist die Annahme berechtigt, die Ursache in der unverändert hohen Sterblichkeit der Fg. zu suchen und zu versuchen, die Sterblichkeitsziffer dadurch noch entscheidend zu senken, daß man die Lebensaussichten der Fg. erhöht. Sinn dieser Arbeit ist es, die im Jahre 1954 in unserer Klinik eingelieferten Fg. im Rahmen einer kurzen Aufstellung statistisch zu erfassen.

Bei der Definition des Begriffs Fg. richten wir uns nach der allgemein internationalen pädiatrischen Grenze von 2500 g, wobei die Dauer der Schwangerschaft keine Rolle spielt. Wir wissen, daß diese Grenze umstritten ist und daß damit unter die Definition Fg. auch die Zwillingsgeburten fallen, deren Reifezeichen denen der gleichgewichtigen frühgeborenen Einzelkinder oft überlegen sind.

Unsere Frühgeborenen kommen zum größten Teil aus der Frauenklinik Altona (Direktor: Prof. Dr. Willi Schultz) [1]), zum kleineren Teil aus den umgebenden Stadtteilen und dem Landkreis Pinneberg nach Hausentbindungen. Da die Frauenklinik der unseren direkt benachbart ist, spielt das Transportproblem von dort keine wesentliche Rolle. Dagegen kommen

[1]) Wir möchten an dieser Stelle Herrn Prof. Dr. Willi Schultz für seine freundliche Unterstützung und Anregungen unseren herzlichen Dank aussprechen.

die Fg. von auswärts zwar auf dem schnellsten Wege (Unfallwagen, Taxe, Funkstreifenwagen der Polizei), doch läßt die Versorgung oft zu wünschen übrig, so daß Unterkühlung die Folge ist. Der Einsatz von tragbaren Inkubatoren ist daher zu erwägen, in denen nach vorherigem telefonischem Anruf die Fg. abgeholt und transportiert werden könnten.

Unsere Fg. liegen auf einer besonderen Station in fünf Zimmern mit Doppeltüren und Schleusen mit je vier bis fünf Betten unter den üblichen Bedingungen.

Die Entlassung der Fg. ist abhängig von den häuslichen Verhältnissen und erfolgt davon ausgehend bei einem erreichten Gewicht zwischen 2500 g und 3000 g.

Im Jahre 1954 wurden insgesamt 82 Fg. stationär aufgezogen, davon waren 6 Zwillingsgeburten, was etwa einem Anteil von 15% entspricht. 45 waren männliche, 37 weibliche Fg. Nach dem Geburtsgewicht verteilt sich die Zahl der Fg. folgendermaßen:

Unter 1000 g:	2
1000—1500 g:	7
1500—2000 g:	34
2000—2500 g:	39

Davon starben:	am 1. Lebenstag	im 1. Monat	im 1. Jahr
unter 1000 g	1	—	—
1000—1500 g:	1	1	2
1500—2000 g:	5	2	5
2000—2500 g:	2	1	—

Insgesamt starben demnach 20 Fg. innerhalb des ersten Lebensjahres, was einem Prozentsatz der Jahreszahl von ca. 25% entspricht. Weitere statistische Untersuchungen und Beobachtungen folgender Jahre werden einen Anhalt dafür geben, ob diese Zahl von 25%, die vergleichsweise erfreulich niedrig liegt, erhalten werden kann.

Fast die Hälfte, 9 Fg., starben am ersten Lebenstag. **Todesursache:** 2mal Unreife, 5mal asphyktische Anfälle, 2mal Asphyxie nach Aspiration. Die Ursache der Asphyxien lag einesteils in einer Unreife des Atemzentrums, ist also den allgemeinen Unreifezeichen zuzurechnen. Hierbei müssen wir uns klar sein, daß eine Besserung des Zustandes nicht erreicht werden dürfte, bzw. nur in einer allgemeinen Herabminderung der Frühgeburten als geburtshilflichem Begriff durch Schwangerenberatung usw. herbeizuführen ist. Anders liegt es bei den Asphyxien durch intrakranielle Blutungen. Hierbei dürfte durch evtl. Verbesserung der Geburtsleitung vielleicht noch einiges zu erreichen sein, wie auch bei der als Todesursache angegebenen Asphyxie bzw. Pneumonie durch Aspiration durch Verbesserung der erforderlichen Absaugmethoden die Pneumonie bzw. Asphyxie verhindert werden kann.

Die Todesursachen der übrigen Gestorbenen verteilen sich wie folgt: 6mal Bronchopneumonie, 4mal interstitielle Pneumonie, 1mal Hydrocephalus int.

Die Pneumonie, einschließlich der interstitiellen Pneumonie, steht mit 10 Fällen der späteren Sterblichkeit also weit an erster Stelle. Auch dies entspricht den internationalen Angaben, die die Pneumonie als Todesursache an erste Stelle setzen. Das Problem der interstitiellen Pneumonie ist noch ungelöst. Mit der Entdeckung der Pneumocystis carinii dürfte die Entwicklung noch nicht beendet sein. Durch Pneumonie-Prophylaxe, Infekt-Prophylaxe und Klärung der Ursache der interstitiellen Pneumonie dürfte ein weiteres Absinken der Fg.-Mortalität zu erreichen sein.

Entscheidend bleibt sicher bei allem, die Zahl der Fg. überhaupt zu senken, da diese den genannten Erkrankungen gegenüber nicht nur anfälliger als reif Geborene sind, sondern ihnen auch eher erliegen. Dies ist durch Verbesserung der allgemeinen sozialen und hygienischen Verhältnisse in den Jahren nach dem Krieg bereits in großem Maßstab geschehen. Gleiss hat in einer sehr interessanten Monographie diese Fragen speziell beleuchtet. Nach den **Ursachen der Frühgeburt** befragt, können die meisten Mütter keine nennen. Angegeben werden oft vorzeitiger Blasensprung und Blutungen während der Schwangerschaft. Auch luische Infektionen wurden in 3 Fällen genannt. An die Möglichkeiten diaplazentarer Infektionen (z. B. Toxoplasmose u. a.) als auslösendes Moment einer Frühgeburt muß vermehrt gedacht werden. Familiäre Frühgeburtenhäufigkeit ist wohl auch zu berücksichtigen. Zusammenfassend dürfte durch die Zusammenarbeit zwischen dem Gynäkologen und dem Pädiater der Weg vorgezeichnet sein, wie wir die Fg.-Sterblichkeit senken können. Wir meinen, daß in der hiesigen guten Zusammenarbeit die verhältnismäßig günstige Fg.-Statistik ihre wesentliche Ursache hat. DK 616—053.32—083

Schrifttum: Gleiss: Biologische und soziale Faktoren bei der Genese der Frühgeburt. — Hempel, H. C.: Richtlinien für die Zusammenarbeit des Geburtshelfers und des Kinderarztes auf Neugeborenenstationen. Kinderärztl. Praxis, 21 (1953), S. 418. — Hofmeier, K. u. König, K.: Grundsätze und Erfahrungen bei der Frühgeburtenaufzucht. Mschr. Kinderhk., 73 (1938), S. 397. — Holtermüller, K.: Beitrag zur Aufzucht von Frühgeburten. Mschr. Kinderhk., 99 (1951), S. 328. — Mooser, H.: Die Todesursachen im Säuglingsalter. Mschr. Kinderhk., 90 (1942), S. 268. — Weller, R.: Probleme der Frühgeburtenaufzucht. Münch. med. Wschr., 95 (1953), S. 1004 u. S. 1031. — Willi, H.: Aufzucht und Ernährung der Frühgeborenen. Mschr. Kinderhk., 101 (1953), S. 132. — Ylppö: Frühgeburt und Lebensschwäche, aus: Fanconi-Wallgren, Lehrbuch der Pädiatrie.

Summary: The problem of mortality of prematurely born infants is discussed according to experiences of the paediatric clinic at Altona in 1954. Possibilities concerning prophylactic measures for premature infants and improvements in rearing them are outlined. The prophylaxis of premature deliveries must start with the pregnant mother. Medical advice should be given by the house doctor and by public health authorities such as medical advisory bureaus for pregnant women. Among various problems to be settled are the questions of timely transportation to the department of premature babies in paediatric clinics and medical supervision for the first few weeks and months in order to avoid above all development of pneumonia and interstitial pneumonia. The problem of interstitial pneumonia is still unclaryfied.

Résumé: On discute le problème de la mortalité des prématurés en rapport avec la prophylaxie des naissances avant terme et l'amélioration de la méthode d'élevage. Cette prophylaxie doit déjà être effectuée chez les futures mères par le médecin traitant ou aux consultations prénatales. Pour améliorer les méthodes d'élevage il faut surtout envisager le problème du transport des prématurés dans les pouponnière, la prophylaxie de la pneumonie dans les semaines et les mois suivants, l'élucidation de l'étiologie et de la transmission de la pneumonie interstitielle.

Anschr. d. Verf.: Hamburg-Altona, Kinderkrankenhaus, Bleickenallee 38.

Physikalische Therapie

Aus dem Institut für Physikalische Therapie und Röntgenologie der Universität München (Vorstand: Prof. Dr. med. *H. v. Braunbehrens*)

Ergebnisse der Entzündungsbestrahlung von Furunkeln und Schweißdrüsenabszessen

von Dr. *Hans-Friedrich Müller* und Dr. *Herrmann Sittig*

Zusammenfassung: Die verschiedenen Stadien der Entzündung, nämlich die Alteration, die Hyperämie, die Exsudation und die Proliferation, kommen je nach dem Einsetzen der Röntgenbestrahlung nicht zur Ausbildung, so daß die Entzündung wie abgeschnitten ist. Das trifft für alle Frühfälle zu. Man spricht von einem Rückgang der Entzündung. Ist dagegen schon Eiter vorhanden, so kommt es zur raschen Abgrenzung und Einschmelzung, die in 8—24 Stunden erfolgen. In der Regel ist dann eine Punktion oder kleine Stichinzision notwendig. Im Anfang der Bestrahlung ist mit einer Steigerung der entzündlichen Erscheinungen zu rechnen. Die Besserung des Allgemeinbefindens geht der lokalen Besserung voraus, vor allem läßt schon in den ersten Stunden der Entzündungsschmerz nach. Dem folgt der Temperatursturz.

Je aktiver die Entzündung, desto schneller die Reaktion und Heilung. Je subakuter und chronischer, desto langsamer Reaktion und Heilung, wohl am langsamsten bei der Tuberkulose. Die gleichzeitig oder nach der Bestrahlung durchzuführenden chirurgischen Maßnahmen sind nicht zu vernachlässigen und bestehen in Ruhigstellung des erkrankten Körperabschnittes und evtl. Eröffnung bei Fluktuation. Die Eröffnung soll erst nach erfolgter Bestrahlung durchgeführt werden. Eröffnete Prozesse und längerdauernde Eiterungen können weiterbestrahlt werden. Antiphlogistische Maßnahmen sind im allgemeinen entbehrlich.

Die Röntgenbestrahlung lokalisierter Entzündungen erfreut sich mit der Zeit immer größerer Beliebtheit. Trotzdem muß

Lederle

ACHROMYCIN*

TETRACYCLIN-LEDERLE

Unübertroffene Verträglichkeit,

Stabilität und Löslichkeit.

Hohe und rasche Blut- und Liquorspiegel

ACHROMYCIN
EIN ECHTES BREITSPECTRUM
ANTIBIOTIKUM

ORAL: Kapseln, ACHROMYCIN-SV-Kapseln (Tetracyclin + Multivitaminkomponente), Dragées, Tropfen, Suspension, Spersoids.

LOKAL: Salbe und Augensalbe
INTRAMUSKULÄR: Amp. zu 100 mg (mit Lösungsmittelamp.)
INTRAVENÖS: Ampulle zu 100 mg, 250 mg und 500 mg.

LEDERLE GMBH MÜNCHEN 27 · CHEMIE GRÜNENTHAL GMBH STOLBERG/RHLD.

*) Wz.

DH 67/55

Lederle

TRIHEXYPHENIDYL

Artane*

Verträgliche Dauertherapie ohne Nebenwirkungen der Belladonna-Medikation bei

PARKINSONISMUS

und hyperkinetischen Bewegungsstörungen

Handelsformen: Packung mit 20 Tabletten zu 2 mg
Packung mit 100 Tabletten zu 2 mg
Packung mit 100 Tabletten zu 5 mg

LEDERLE GMBH MÜNCHEN 27 · CHEMIE GRÜNENTHAL GMBH STOLBERG/RHLD.

* Wz eingetr.

zugegeben werden, daß die Methode der Entzündungsbestrahlung, besonders mit kleinen Dosen, trotz sehr guter Erfolge noch weithin unbeachtet geblieben ist.

Es ist verständlich, daß in neuerer Zeit besonders die Einführung der Sulfonamide und Antibiotika, weil sie neben ihrem breiten Wirkungsspektrum jedem Arzt zugänglich sind, die damals schon bewährte Entzündungsbestrahlung immer wieder in den Hintergrund drängte. Nun zeigte sich aber sehr bald, daß besonders bei lokalisierten Entzündungen mit der Tendenz zu eitriger Einschmelzung der operative Eingriff deshalb nicht überflüssig geworden ist und daß es ferner aus bekannten Gründen nicht als wünschenswert erscheint, allzu häufigen Gebrauch von den Sulfonamiden und Antibiotizis zu machen.

Fuchs: „Die großen Erfolge der Chemotherapie haben der Entzündungsbestrahlung keinen wesentlichen Abbruch getan, da es sich in der Hauptsache um die Bestrahlung umschriebener abgekapselter eitriger Prozesse handelt, zu denen die auf dem Blutweg verbreiteten chemotherapeutischen Mittel nicht in genügender Konzentration vordringen können."

Man besinnt sich wieder auf die Entzündungsbestrahlung, die sich ja schon bei bestimmter Lokalisation, z. B. beim Gesichtsfurunkel oder bei der Frühbehandlung der puerperalen Mastitis, als Methode der Wahl durchgesetzt hat.

Wer die Entzündungsbestrahlung einmal kennengelernt hat, möchte sie aus verschiedenen Gründen nicht mehr in seinem Therapieschatz vermissen. Einerseits besticht die Tatsache, daß sich frühbehandelte entzündliche Prozesse in eleganter Weise mit einer konservativen Methode, die schmerzlos ist, völlig zurückbilden. Andererseits werden die Forderungen, die man an jede Behandlung stellt, nämlich schnelle Beseitigung des Schmerzes, Abkürzung der Krankheitsdauer und schließlich völlige Heilung, in einem sehr hohen Maße erfüllt, wenn man die Gesetze der Strahlenbiologie genügend berücksichtigt.

Neben vielen anderen **Einwirkungen der Röntgenstrahlen auf die örtlichen Entzündungsvorgänge** seien nur die hervorstechendsten genannt: Durch experimentelle Untersuchungen ist erwiesen, daß Röntgenstrahlen die Gewebsreaktion zunächst nach der sauren Seite verschieben. Im Gegensatz zur entzündeten Haut, in der ebenfalls saures Milieu herrscht, das vorwiegend für den Entzündungsschmerz verantwortlich zu machen ist, schlägt in der bestrahlten Haut die Azidose spätestens nach 24 bis 48 Stunden in eine langdauernde Alkalose um. Diese wirkt schmerzstillend. Sie schafft gleichzeitig die zur Heilung unentbehrlichen günstigsten Gewebsbedingungen, die etwa bei einem pH-Wert von 7,07 = schwach alkalisch liegen. Ebenso könnte man durch Injektion von sekundärem Natriumphosphat die Entzündungsschmerzen beseitigen. Außerdem sistiert durch die Bestrahlung die Leukozytenauswanderung. Vorhandene Leukozyten im Entzündungsherd werden zerstört. Das bedeutet bei erst kurz bestehender Entzündung Rückbildung des Entzündungsprozesses ohne Eiterbildung. Bestand die Entzündung und damit die Azidose schon längere Zeit, konnte also später mit der Röntgenbestrahlung begonnen werden, so zerstören die Röntgenstrahlen die schon in Masse angesammelten Leukozyten („Eiter") und bewirken die beschleunigte Einschmelzung des entzündlichen Infiltrates, das sich dann durch einfache Stichinzision entleeren kann. Glauner argumentiert: „Ist die Entzündung frisch, d. h. ist es noch nicht zur Eiterbildung gekommen, werden die Abwehrmaßnahmen durch die Bestrahlung verstärkt. Liegt eine eitrige Einschmelzung bereits vor, so wird diese stark beschleunigt, was sich insgesamt gesehen in einem wesentlich rascheren und auf kürzere Zeit zusammengedrängten Verlauf des ganzen Entzündungsvorgangs ausdrückt."

Es ist verständlich, daß bei Frühbestrahlung die kosmetischen Resultate ausgezeichnet sind und bei den später behandelten Fällen die Stichinzision nur eine geringfügige kleine Narbe zurückläßt. Bei der Entzündungsbestrahlung liegt ein wichtiges **Dosierungsproblem** vor. Man könnte dieses, vielleicht etwas übertrieben, so ausdrücken: Wenn man bei der Krebsbestrahlung versuchen muß, so hoch als irgend möglich zu dosieren, so kann die Dosierung bei der Entzündungsbestrahlung nicht schonend genug niedrig gehalten werden. Die Mißerfolge in der Entzündungsbestrahlung sind zum größten Teil auf zu hohe Dosierung zurückzuführen!

Die Träger der reparativen Vorgänge sind die mesenchymalen Zellen (Gewebshistiozyten, Zellen des RES). Sie befinden sich im Zeitpunkt der Entzündung noch in ruhendem Zustand, weshalb der Einfluß der Röntgenstrahlen auf sie gering ist. Es besteht damit ein deutlicher Sensibilitätsunterschied gegenüber den Zellen des entzündlichen Exsudats, vor allem gegenüber den Leukozyten, die schon durch geringe Röntgendosen zerstört werden. Würden aber die mesenchymalen, bindegeweblichen Zellen, die für die regeneratorischen und reparativen Vorgänge verantwortlich sind, geschädigt, würde der Bestrahlungserfolg ernsthaft gefährdet.

Die Dosierung muß daher einerseits die höhere Empfindlichkeit des azidotischen, entzündeten Gewebes auf Röntgenstrahlen berücksichtigen, wobei sie eine Schädigung der regenerativen Zellen zu vermeiden hat, und muß andererseits dem Gewebe durch entsprechende Dosierungspausen Zeit geben, die der Bestrahlung folgende, willkommene Alkalose zur Wirkung kommen zu lassen.

Auf diese Weise sind Überdosierungen oder gar Strahlenschäden ausgeschlossen.

Wir stellen im folgenden am **Beispiel des Furunkels und Schweißdrüsenabszesses** Dosierung und Behandlungserfolg dar, um gleichzeitig aufzuzeigen, daß nicht jede Entzündung die gleiche Dosierung erlaubt. Handelt es sich nämlich bei der Furunkelbestrahlung um Dosierungen, die ebenso auf viele andere Entzündungsformen übertragen werden können, wobei mit Vorteil die jeweiligen Dosen sehr klein gehalten werden können (z. B. Panaritien, Abszesse, Phlegmonen, puerperale Mastitis, Entzündungen der Speicheldrüsen), so liegen bei der Bestrahlung des Schweißdrüsenabszesses der Achselhöhle besondere anatomische Verhältnisse vor, die berücksichtigt werden müssen. Man wird ohne Epilationsdosen mit gleichzeitiger vorübergehender Ruhigstellung der Schweißdrüsen kaum auskommen können.

Wir behandelten 31 Fälle von Furunkeln und 42 Fälle von Schweißdrüsenabszessen.

Furunkel:

Heilung	12 Fälle	38,7%
Deutliche Besserung	12 Fälle	38,7%
Besserung	6 Fälle	19,4%
Keine Besserung	1 Fall	3,2%
Gesamtzahl	31 Fälle	100 %

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug bei den geheilten bzw. gebesserten Fällen 2—5 Tage. Bei dem einen Fall, bei dem keine Besserung erreicht werden konnte und der deshalb zum Chirurgen überwiesen werden mußte, handelte es sich um einen Furunkel an einem Fingergrundglied mit phlegmonöser Tendenz. In diesem Falle dürfte wohl ein kleiner Fremdkörper die Infektion aufrechterhalten haben.

Schweißdrüsenabszesse:

Heilung	17 Fälle	40 %
Deutliche Besserung	18 Fälle	43 %
Besserung	6 Fälle	14,6%
Keine Besserung	1 Fall	2,4%
Gesamtzahl	42 Fälle	100 %

Bemerkenswerterweise waren in mehreren Fällen der Strahlenbehandlung erfolglose Behandlungen vorausgegangen, sowohl konservative wie chirurgische. In allen unseren Fällen wurde von einer Behandlung mit Sulfonamiden und Antibiotizis abgesehen.

Die Bestrahlung erfolgte unter folgenden Bedingungen: 180 kV, 4 mA. Bei den Furunkeln wurden 20—30 r/0 täglich bis zu einer Gesamtdosis von 120—200 r/0 verabreicht. Der Behandlung der Schweißdrüsenabszesse wurde eine Epilationsdosis zugrunde gelegt, die in Fraktionen zu 400 r/0 und 2mal je 200 r/0 in wöchentlichen Abständen gegeben wurde.

Die Tiefentherapiebedingungen erschienen im Rahmen der geringen Dosen gerechtfertigt, auch wenn es sich um oberflächliche Herde handelte.

Bestrahlungstechnik: Das Einfallsfeld muß wesentlich größer gewählt werden als der Krankheitsherd, da man von außen nicht sehen kann, wie weit die Entzündung schon fortgeschritten ist. Dadurch wird gleichzeitig der gesunde Bindegewebs-Gefäßapparat mobilisiert, der einen Sperriegel gegen die Ausbreitungstendenz legt. Je diffuser und je weniger scharf ein Entzündungsherd begrenzt ist, desto größer muß das Einfallsfeld gewählt werden. DK 616—002.3—085.849.1

Schrifttum: Glauner, R.: Die Entzündungsbestrahlung, Georg Thieme-Verl., Stuttgart (1950). — Hess, P.: Die Rö.-Behandlung der Hidroadenitis axillaris. Strahlentherapie, 80 (1949), S. 239. — Tretter, M.: Röntgentherapie bei Entzündungen. Strahlentherapie, 80 (1949), S. 475. — Pfeifer: Rö.-Entzündungsbestrahlung. Med. Klin. (1953), S. 65 u. S. 97. — Knierer, W.: Münch. med. Wschr. (1953), S. 1260. — Wallraff: Strahlentherapie (1949), S. 314. — Pape, R.: Die Heilwirkung kleiner Strahlenmengen. Umschau (1952), S. 484—486. — Dornruf, G. u. Schönwald, H.: Zur Röntgentherapie der sogenannten Schweißdrüsenabszesse. Strahlentherapie, 86 (1951), S. 439 ff. — Fuchs, G.: Die kombinierte Röntgen-Kurzwellentherapie entzündlicher Erkrankungen. Strahlentherapie, 84 (1951), S. 459 ff.

Summary: The various stages of inflammation such as alteration, hyperaemia, exsudation, and proliferation never develop after application of X-rays, so that the further development of the inflammation is interrupted. This is possible in all early cases and is called retrogression of inflammation. However, in those cases where purulent matter has developed rapid demarcation and a breaking down of tissue take place within 8—24 hours. In general a puncture or small incision is necessary. In the beginning of the radiation an increase of inflammation must be taken into account. An improvement of the general well-being follows the local improvement. At first relief of pains is noticeable later on the temperature begins to fa!' The more active the inflammation, the prompter the reaction and recovery. However, the more subacute or chronic the inflammation is, the slower reaction and recovery set in. It is particularly slow in tuberculosis. Surgical measures—simultaneously or after irradiation—area not to be neglected. They consist in immobilization of the area affected and perhaps in an incision of the fluctuation. The incision must not be carried out until after irradiation. Open fluctuations and persistent festering can be treated with further radiation. In general antiphlogistic measures are dispensable.

Résumé: Les réactions inflammatoires sont coupées par les rayons X au stade où l'on est intervenu, quand cette intervention est précoce. L'inflammation régresse alors. Si une collection purulente s'est déjà formée, celle-ci se délimitera rapidement. La réponse est d'autant plus rapide que l'inflammation est plus active. Dans les inflammations subaiguës ou chroniques, la réponse et la guérison sont plus lentes, surtout dans la tuberculose. On ne doit pas négliger les mesures chirurgicales à prendre en même temps ou après l'irradiation: mise au repos du membre atteint, incision en cas de fluctuation. L'ouverture ne sera faite qu'après la fin de l'irradiation. On peut continuer à irradier des processus ouverts ou des suppurations de longue durée. On peut généralement se passer de mesures antiphlogistiques.

Anschr. d. Verff.: Dr. H. F. Müller, München 15, Chirurg. Univ.-Poliklinik, Röntgenabt., Pettenkoferstr. 8a, und Dr. H. Sittig, Bayreuth, Städt. Krankenhaus.

Therapeutische Mitteilungen

Über Erfahrungen mit dem Psychotonikum Cyclo-Werrol

von Dr. med. *H. Dobbelstein*, Köln

Zusammenfassung: Cyclo-Werrol-Tropfen, hergestellt aus Hyperium perforatum, Bryonia und avena sativa mit Acid. phosphoricum, wurde bei insgesamt 250 Fällen von reaktiven und endogen gefärbten Depressionen sowie symptomatischen, depressiven Verstimmungen angewandt in Dosen von 3mal 25—30 Tropfen täglich unter Freilassung jeden 4. Tages während 2—3 Monaten. Bei 80% der Patienten wurde fühlbare Hilfe erzielt, bei 50% befriedigender Dauererfolg.

Nur unter besonderen Voraussetzungen sollte man über ein neuartiges Medikament auf Grund rein ambulanter Erprobung urteilen. Ein Psychotonikum, das vorzugsweise symptomatische bzw. reaktive Depressionen zum Abklingen bringt, findet in der Heilanstalt nur sehr beschränkte Verwendungsmöglichkeit. Überhaupt dürfte es klinisch hauptsächlich als Adjuvans dienen. Somit ist die versuchsweise Anwendung in der Ambulanz bei sorgfältig ausgewählter Indikation und ein nachfolgender Erfolgsbericht gewiß statthaft. Bei der Auswertung muß man indessen ganz besonders vorsichtig sein. Was verbirgt sich nicht alles hinter der Diagnose einer depressiven Verstimmung? Außerdem muß das statistische Material groß sein, und fernerhin dürfen während der Behandlungen keine anderen therapeutischen Mittel eingesetzt worden sein.

Unter diesen Bedingungen wurden **Cyclo-Werrol-Tropfen** (bisher Cyclosan genannt) während drei Jahren äußerst intensiv erprobt. Cyclo-Werrol enthält zunächst einmal Hypericin aus Johanniskraut (Hypericum perforatum). Die Heilkräfte dieser Pflanze waren im Mittelalter als Therapeutikum gegen Depressionen wesentlich bekannter als heute (es steht außer Zweifel, daß manches wertvolle Heilmittel im Laufe der Zeit von der medizinischen Wissenschaft einfach vergessen worden ist). Außerdem ist Acid. phosphoricum, Bryonia und Avena sativa darin enthalten. Es ist frei von jeglichem Zusatz von Bromsalzen, Barbitursäuren oder hormonalen Komponenten. Dies ist wichtig bei der später zu nennenden Behandlung von involutiven Störungen bei der Frau.

Wenn alle Fälle, bei denen es sich um keine eindeutigen depressiven (zumeist symptomatischen oder reaktiven) Verstimmungen handelt, außer acht gelassen werden, so bleiben mindestens 250 behandelte Patienten. Ihre Anzahl ist weit überwiegend weiblich, dabei zu 75% zwischen 35 und 55 Jahren alt (insgesamt 190 Frauen). Die etwa 60 männlichen Patienten gehören den Altersstufen zwischen 25 Jahren und 65 Jahren gleichmäßig verteilt an. Eine zyklothyme Veranlagung konnte in keinem Falle sicher ausgeschlossen werden.

1. **Beispiel** (reaktive Depression): Frau D., 48 J. alt. Politisch Verfolgte. Die nächsten Angehörigen im Kriege umgebracht. Bis 1954 zahlreiche Behandlungsversuche. Starkes Untergewicht. „Herzneurose." Angstgefühle, Kopfschmerzen unerträglicher Art, Darmstörungen mit Verstopfungen. Cyclo-Werrol wurde während 2 Monaten 3mal tägl. 25 bis 30 Tropfen gegeben, jeden 4. Tag keine Arznei. Nach 1 Monat begann Pat. gut zu essen. Nachlassen der Angstzustände und der Kopfschmerzen. Lebte sichtlich auf. Nach 2 Monaten 7 kg Gewichtszunahme. Findet zu den Scheußlichkeiten der Vergangenheit ruhigeren, abgeklärteren Standpunkt. Denkt sogar an Wiederverheiratung, obgleich ihr der Bewerber seit Jahren keine Zusage abringen konnte (keinen Mut zur Ehe).

2. **Beispiel** (endogen gefärbte Depression): Herr E., 50 J. alt. Inspektor. Früher immer gesund. Hatte nach dem Kriege schwieriges Arbeitsgebiet mit Vertrauensstellung. Bricht körperlich zusammen: Kopfschmerzen, Abmagerung, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle. Angst, auch vor Suicid. Anstaltsbehandlung wird strikte abgelehnt. Seine Vorgesetzten bemühen sich persönlich für ihn. — Behandlung mit Cyclo-Werrol wie zuvor angegeben. Fühlt sich nach knapp 6 Wochen wieder gesund. Nimmt Arbeit auf und bleibt der Behandlung fern. Nach 1 Monat völliger Rückfall. Erneute Behandlung wie zuvor. Nach 2 Monaten erhebliche Besserung, nach einem weiteren Monat Beschwerdefreiheit. Nach folgendem Monat Arbeitsbeginn. Fühlt sich von da ab „wie in jungen Tagen".

3. **Beispiel** (depressive Verstimmung, symptomatisch): Frau P., 38 J. alt. Ehemann Bauarbeiter. Sie stammt aus Holstein, ist von dort vor 5 Jahren weggezogen in das Rheinland. Seitdem unregelmäßige Menses. Weint viel. Dazu ständig starke Kopfschmerzen, Herzunruhe, Angstzustände. Ermüdung bei geringen Anstrengungen. Bis auf Hypotonie (100/70 mm Hg) körperlich o. B. In den letzten Jahren vielfältige Behandlungsversuche. „Es wurde nur schlimmer!" Nach 5 Wochen der Therapie mit Cyclo-Werrol, Dosierung wie zuvor angegeben, fühlt sich Pat. beschwerdefrei. Blutdruck unverändert. Nach 1/2 Jahr Wiedervorstellung. Gutes Befinden. Seitdem nicht wieder gekommen.

In mehreren Fällen wirkte Cyclo-Werrol übermäßig belebend, so daß es (in 4 Fällen) abgesetzt werden mußte. Die Kranken gerieten in eine maniakalisch gefärbte Unrast hinein. Andere ungünstige Nebenerscheinungen wurden in keinem Falle beobachtet.

Im allgemeinen genügten 8—10 Wochen. Vereinzelt kommen Patienten allerdings durch 2—3 Jahre hindurch, weil sie nicht ohne Behandlung sein können. In diesen Fällen wird Cyclo-Werrol immer noch gut vertragen und durchweg als wirkungsvoll empfunden.

Besonders gleichmäßig waren die Erfolge bei Frauen mit involutiven Beschwerden, labilen Stimmungen mit Depressionen, dazu Wallungen, Schwindelanfällen, Herzklopfen,

Antiphlogisticum und
Thermo-Therapeuticum

ENELBIN

steigert *Durchblutung und Durchlymphung*
resorbiert *Exsudate und Ergüsse*
erhöht *die Phagocytose*

mit hervorragender
Tiefenwirkung

Alu.-Dose mit ca. 125 g DM 1,95 o. U.
Alu.-Dose mit ca. 300 g DM 3,95 o. U.
Großpackungen mit ca. 1 und 5 kg

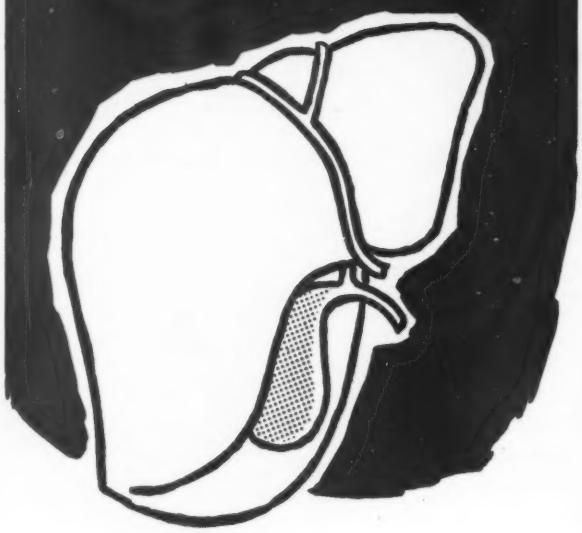
CURTA & CO. GmbH.
Frankfurt (Main)-Fechenheim

CURTA

ASGOCHOLAN

RHEIN-CHEMIE

mit essentiellen Fettsäuren



Zur biologischen Leber-Gallenleiden-Therapie

Die Verwendung ungesättigter essentieller Fettsäuren neben spezifisch wirkenden Pflanzenauszügen in der Therapie der Leber- und Gallenerkrankungen bewirkt:

Verkürzung der Krankheitsdauer,
Milderung der Beschwerden,
schnellere Normalisierung
pathologischer Befunde.

RHEIN-CHEMIE

PHARMAZEUTISCHE ABTEILUNG · HEIDELBERG

SCOPODYSTAL

Scopolamin hydrobromic. (0,1 mg), Papaverin (0,02), Acid. phenylaethylbarbituric. (0,02), Coffein.

GROSSE WIRKUNGSBREITE
GUTE VERTRÄGLICHKEIT

ZUR DÄMPFUNG DES VEGETATIVUM

2-3 mal täglich 1 Tablette

DESITIN-WERK CARL KLINKE · HAMBURG

„JEDE HANDLUNG und jedes Gefühl, die unter dem Einfluß der Verärgerung oder gar des Hasses entstehen, sind grundsätzlich falsch und führen zu schlechten Folgen. Wirklichen Bestand haben nur jene Entschlüsse, denen die Liebe zugrunde liegt."

FRIEDRICH VON MÜLLER

LEBENSERINNERUNGEN

2. Auflage, 264 Seiten mit 20 Lichtbildern, 2 Zeichnungen und 2 Vierfarbendruckaquarellen des Verfassers, Leinen DM 15,—

„ . . . Ich muß Ihnen sagen, daß Sie mit den ‚Lebenserinnerungen' ein ganz hervorragendes Buch dem Leser zugänglich gemacht haben. Es schenkt aus der Fülle seines Reichtums an Erfahrung und Lebensweisheit unendlich viel Wertvolles. Dabei fesselt es so sehr, daß man die Lektüre kaum unterbrechen kann. Ich möchte wünschen, daß es auch jeder ältere Studierende und jeder junge Arzt liest."

gez. Prof. Dr. Helmut Richter

J. F. LEHMANNS VERLAG MÜNCHEN

Ph 486-Kl

Für die Kinderheilkunde

Neu!

HOSTACYCLIN WZ

Tetracyclin »HOECHST«

HOECHST

Saft

1 Teelöffel (= 5 ccm) enthält Tetracyclin-Calcium, entspricht 250 mg Tetracyclinhydrochlorid

40 ccm . . . . . DM 18.35

für größere Kinder

Tropfen

1 ccm enthält Tetracyclin-Calcium, entspricht 100 mg Tetracyclinhydrochlorid (1 Tropfen = 5 mg)

10 ccm (mit Pipette) . . . . . DM 10.05

für Säuglinge und Kleinkinder

Weitere Handelsformen: Dragees, Kapseln, Flaschen zur i. v. u. i. m. Injektion

FARBWERKE **HOECHST AG** *vormals Meister Lucius & Brüning* FRANKFURT (M)-HOECHST

Neu!

Kreislaufsanierung

bei

kardiovaskulärer Dysregulation · Hypertension · zerebralen, kardialen, peripheren Durchblutungsstörungen · atherösen und sklerosierenden Gefäßwandprozessen · Apoplexiegefahr

mit

Hämoskleran

durch

- nachhaltige zentral und peripher bewirkte Ausschaltung hypertonisch-spastischer Gefäßkrisen
- ausgiebige Koronardurchblutung, Herzmuskeltrophik und -metabolik unter erhöhter O_2-Versorgung und -Utilisation
- kolloid-dispersionsregulierende Begünstigung der Gefäßwandturgeszenz und strukturellen Gefäßwandstatik

Hämoskleran besteht aus den Blutsalzen nach Hoppe-Seyler und den kardiovaskulären Ordnungsprinzipien von Rauwolfia serpentina, Ammi visnaga, Crataegus oxyacantha, Viscum album — Siehe auch Schreiber: Fortschritte der Medizin 7/55

Dosierung: täglich 3 mal 2—3 Tabletten. Handelsform: O. P. mit 70 Tabletten DM 2,30 m. U. Großpackg. 350 Tabletten DM 9,90 m. U.

Literatur und Muster durch:

Fabrik pharmaz. Präparate Carl Bühler, Konstanz / Bodensee

Die akute und subakute Gastritis

pflegen im Laufe dieser Wochen häufiger aufzutreten.
Bewährt hat sich bei diesen Indikationen das Fermentpräparat OKIZYM.
Literatur: „Über die Behandlung der Gastritis mit im schwach sauren Milieu wirksamen Proteinasen" (Fahrländer: Schweiz. Med. Wsch., 85. Jgg., Nr. 41 vom 8. 10 1955, S. 1006 ff.)

Auch an die Möglichkeit der Prophylaxe mit den Fermentpräparaten OKIPAN und OKIZYM sollte bei bestehender Verdauungsschwäche, besonders während der Festtage vorsorglich gedacht werden.

Fordern Sie bitte Literatur und Muster an.

Handelsformen: OKIZYM und OKIPAN Kp. 40 Tabl. DM 2.80
PANCRAZYM N Kp. 40 Tabl. DM 2,45

RÖHM & HAAS · GMBH · DARMSTADT

Angstzuständen. Auch hier durchschnittliche Behandlungsdauer 2—3 Monate.

In Anbetracht der Schwierigkeiten, aus ambulanter Behandlung statistische Unterlagen zu gewinnen, sollte man bei der **Erfolgsbeurteilung** sehr vorsichtig sein. Immerhin ist es bedeutsam, wenn bei Störungen, die therapeutisch so unendlich viel Schwierigkeiten machen, ein Medikament in beinahe 80% aller behandelten Fälle fühlbare Hilfe bringt, dabei in wenigstens 50% der Gesamtzahl einen befriedigenden Dauererfolg.

DK 616.8—008.64—085 Cyclo Werrol

Schrifttum: Roth, L.: Zschr. äther. Öle, 6 (1952), S. 137—139.

Summary: Cyclo-Werrol drops contain Hyperperium perforatum, Bryonia, Avena sativum, and phosphoric acid. With this medicament therapeutic trials were carried out on a series of 250 patients suffering from reactive and endogenous depressions as well as from symptomatic, depressive moods. The dosage was 25—30 drops three times a day except for the fourth day over a period of 2—3 months. 80% of the patients revealed remarkable improvement. 50% showed satisfactory, lasting results.

Résumé: On a administré des gouttes de cyclo-werrol, contenant de l'hypérium perforatum, de la bryonia et de l'avena sativa avec de l'acide phosphorique, dans 250 cas de dépressions à composantes réactives et endogènes, ainsi que d'humeurs dépressives symptomatiques à raison de 3 fois 25—30 gouttes par jour en sautant un jour sur quatre pendant 2—3 mois. Dans 80% des cas on a obtenu une amélioration sensible et dans 50% des cas un succès durable satisfaisant.

Anschr. d. Verf.: Köln, Wiener Platz 3.

Aus der III. med. Abt. des Lainzer Krankenhauses zu Wien
(Vorstand: Univ.-Doz. Dr. med. *Ludwig Popper*)

Klinische Erfahrungen mit dem Choleretikum Felicur auf neuartiger pharmakologischer Basis

von Dr. med. *Georg Döpke*

Zusammenfassung: Felicur (1-Phenylpropanol) ist ein neuartiges Choleretikum, das sich uns in der Behandlung von Hepatocholezystopathien außerordentlich bewährt hat. Es zeichnet sich nicht nur durch einen sehr starken choleretischen Effekt, sondern auch durch leichte spasmolytische Eigenschaften aus. Felicur führt nicht nur zur vermehrten Ausscheidung von Galleflüssigkeit, sondern auch der Festsubstanzen Cholsäure und Bilirubin. Schädigende Nebenwirkungen konnten nicht beobachtet werden. Die Normdosis beträgt 3mal 2 Kapseln Felicur pro die.

Auf seine Bedeutung in der Behandlung der akuten ikterischen Hepatitis und der Choledyskinesien sei noch einmal besonders hingewiesen.

Im Verlauf pharmakologischer Untersuchungen über die Eigenschaften und Wirkungen verschiedener Aryl-Alkanole in den Laboratorien der Schering A.G., Berlin-West, zeigte es sich, daß das 1-Phenylpropanol im Tierversuch eine gute choleretische Wirkung hat. 1-Phenylpropanol ist heute unter dem Namen **Felicur** im Handel [1]).

1-Phenylpropanol ist ein farbloses Öl von aromatischem Geruch und süßlichem, leicht brennendem Geschmack. Gegen verdünnte Säuren und Laugen ist es in gleicher Weise stabil, mit Alkohol und Olivenöl in jedem Verhältnis mischbar.

Im Tierversuch fanden sich nach monatelanger Verabreichung von 100 mg/kg Ratte per os weder Leber- und Nieren-, noch Blutbildveränderungen. Bei Gallenfisteln am Patienten und an Versuchstieren (Hunde und Katzen) zeigte sich eine Steigerung der Cholerese nach peroraler, intraduodenaler, i.m. und i.v. Applikation. Diese betraf nicht nur die Gallenflüssigkeit, sondern auch die Festsubstanzen (Cholsäure, Bilirubin). Tierexperimentell fanden sich außerdem noch eine Tonussenkung und Hemmung der Eigenrhythmik an Organen mit glatter Muskulatur. Durch Carbaminoylcholin und Histamin erzeugte Spasmen konnten durch 1-Phenylpropanol unterdrückt werden.

Die pharmakologischen Untersuchungsergebnisse, insbesondere die echte choleretische und leicht spasmolytische Wirkung von 1-Phenylpropanol ließen die klinische Verwendung des Felicur von vorneherein aussichtsreich erscheinen.

[1]) Wir danken der Firma Schering A.G., Berlin, für die freundliche Überlassung von Versuchsmustern.

Felicur wurde von uns in 2 Formen verwendet:

a) oral in Form von Gelatinekapseln mit je 100 mg Substanzinhalt und

b) intraduodenal als Sesamöllösung, die auf unseren besonderen Wunsch angefertigt wurde. 1 ccm dieser Lösung entspricht 100 mg Felicursubstanz = 1 Felicur-Gelatinekapsel.

Bevor wir Felicur therapeutisch verabreichten, haben wir bei leber- und gallengesunden Patienten je 6 ccm der Felicur-Sesamöl-Lösung mit der Duodenalsonde zugeführt und einen sehr starken choleretischen Effekt beobachtet, der den anderer Choleretika in bezug auf Menge, Gallenkonzentration und Dauer des Galleflusses weit übertraf. Außerdem wurden Selbstversuche mit Fettbelastung nach vorheriger Einnahme von 3—4 Kapseln Felicur durchgeführt, die eindeutig eine weitaus bessere Fettverträglichkeit gegenüber Kontrollversuchen ohne Felicur erkennen ließen.

Unser **Krankengut** umfaßt 115 Fälle. Vor allem interessierten uns akute ikterische Hepatitiden und Dyskinesien der extrahepatischen Gallenwege unter besonderer Berücksichtigung des Postcholezystektomie-Syndroms. Weiter untersuchten wir die Felicurwirkung bei Cholezystitiden aller Stadien, einigen Cholelithiasfällen und akuten sowie chronischen Cholangitiden.

Unsere 115 Fälle setzten sich daher zusammen aus:

35 Patienten mit Cholezystitis, Cholelithiasis und Cholangitis,
50 Patienten mit Choledyskinesie und Postcholezystektomie-Syndrom und
30 Patienten mit akuter ikterischer Hepatitis.

30 der 115 Patienten wurden ambulant behandelt.

Bei den 35 Fällen von Cholezystitis, Cholelithiasis und Cholangitis konnten wir einen schnellen Rückgang der Entzündung nach Steigerung der Cholerese beobachten. Wir gaben in all diesen Fällen Felicur als Zusatzmedikation. Hinweisen möchten wir aber darauf, daß man bei schweren Gallenkoliken nicht ohne Spasmolytika auskommt.

Unter unseren 50 Fällen von Choledyskinesie finden sich 20 Fälle mit Postcholezystektomie-Syndrom. Bei allen bestanden drückende Schmerzen im Oberbauch, Inappetenz sowie Obstipation, und alle gaben eine Zunahme der Beschwerden schon nach kleinsten Diätfehlern an. Unter der Felicurbehandlung besserten sich die Beschwerden wesentlich. Vor allem nahm auch die Empfindlichkeit gegenüber schwer verdaulichen Speisen deutlich ab. In dieser Gruppe finden sich 20 ambul. Fälle.

Unser besonderes Interesse galt der **akuten ikterischen Hepatitis.** Wir beobachteten hier 30 Fälle, von denen 3 als durch Inokulation bedingt anzusehen sind (Serumhepatitis). Die übrigen sind der Hepatitis epidemica zuzurechnen.

Alle unsere Fälle erhielten 3mal 2 Kapseln Felicur oral pro die sowie Kurzwellenbestrahlung der Leber und Diät.

Da bei der Duodenaldusche immer wieder unangenehme Nebenerscheinungen unter Magnesiumsulfat auftreten, versuchten wir erstmalig bei diesen Hepatitisfällen, zusätzlich auch mit einer Felicur-Sesamöl-Lösung den Gallefluß anzuregen. Wie bereits erwähnt, hatten wir die Felicur-Öllösung an Gesunden getestet und keinerlei Nebenerscheinungen beobachtet. (Gleichbleiben der Leberfunktionsproben vor und nach der Applikation.)

Wir führten daher neben der oben angegebenen Behandlung jeden 2. Tag eine Duodenalberieselung mit doppelter Sonde und etwa 5 l ½%iger Zuckerlösung durch. Während der Behandlung spritzten wir 6 ccm der Felicur-Sesamöl-Lösung in den Schlauch ein. Jedesmal setzte rasch eine sehr starke Cholerese ein, die 2—2½ Stunden anhielt. Unter Magnesiumsulfat konnten wir eine derartig starke Cholerese nie beobachten. Vor allem aber empfanden die Patienten es auch durchweg als sehr angenehm, daß die Nebenerscheinungen (Dyspepsien), die man nach Magnesiumsulfat-Applikation immer wieder beobachtet, ausblieben.

Schon am 3.—4. Behandlungstag trat eine augenfällige Abblassung des Ikterus mit deutlichem Rückgang der Serumbilirubinwerte ein. Die dyspeptischen Beschwerden verschwanden, und die Leberschwellung ging zurück. Gleichzeitig kam es zur Appetitsteigerung und zum fast vollkommenen Schwinden jeg-

lichen Krankheitsgefühls. Auf die Kolloidstabilitätsreaktionen konnten wir keinen Einfluß beobachten. Ihr Rückgang erfolgte nicht schneller als bei unseren früheren ohne Felicur behandelten Fällen.

Felicur wurde von allen Patienten ausgezeichnet vertragen, Wasserhaushalt und Hämopoese blieben unbeeinflußt.

Wir verabreichten jeweils 3mal 2 Kapseln pro die, wobei wir 1 Kapsel während der Mahlzeit und eine nach der Mahlzeit einnehmen ließen.

Wir halten das Felicur auf Grund unserer Untersuchungsbefunde für ein wertvolles Adjuvans, insbesondere bei der Behandlung der akuten ikterischen Hepatitis.

Bemerkenswert erscheint uns auch die Tatsache, daß wir nach einer Felicurvorbehandlung in mehreren Fällen den Gallefluß so aktivieren konnten, daß die vorher unmögliche Gallenblasenfüllung mit Biligrafin einwandfrei gelang*).

DK 616.36/.367—085 Felicur

Schrifttum: Langecker, H., Harwart, A. u. Junkmann, K.: „1-Phenylpropanol als Choleretikum." Arch. exper. Path., 225 (1955), 4, S. 303. — Rößing, P.: „Klin. Untersuchungen über 1-Phenylpropanol als Choleretikum." Ärztl. Wschr., 10 (1955), 17, S. 382.

Summary: Report is given on a new choleretic which has proved to be of outstanding value in the treatment of hepato-cholecystopathias. It is called Felicur (1-phenylpropanol). Its particular advantages are a very strong choleretic effect and also slightly spasmolitic properties. Felicur evokes not only increased elimination of bile, but also of solid substances such as cholic acid and bilirubin. No noxious side-effects could be observed. The average dose of Felicur is two capsules three times daily. Attention is drawn to its value in the treatment of acute icteric hepatitis and choledyskinesia.

Résumé: Le 1-phénylpropanol (félicure Schering) est un nouveau cholérétique qui a donné de bons résultats dans les hépatocholécystopathies. Il a non seulement une forte action cholérétique mais aussi un léger effet spasmolytique. Il augmente non seulement l'excrétion biliaire, mais aussi celle des substances solides: acide cholique et bilirubine. On n'a pas observé d'effets nocifs accessoires. On administre généralement 3 × 2 capsules par jour (une capsule contient 100 mg de 1-phénylpropanol).

Anschr. d. Verf.: Wien XIII, Krankenhaus der Stadt Wien-Lainz, III. med. Abt.

Technik

Aus der Privatklinik Dr. *Haas* in München (Chefarzt: Dr. *F. Munique*)

Bericht über 1500 Baytinal-Narkosen in der gynäkologischen Ambulanz

von Dr. med. *F. J. Krumpmann*

Zusammenfassung: Es wird über 1500 Kurznarkosen mit dem Thio-Barbiturat „Baytinal" in der Gynäkologischen Ambulanz berichtet. Dieses i.v. Narkotikum entspricht den modernen Ansprüchen, die wir narkosetechnisch bei kurzen gynäkologischen Operationen stellen müssen. Hiebei ist beste Verträglichkeit sowie die angenehme Verkürzung der gesamten Narkosedauer auf Kosten des Stadiums des Erwachens hervorzuheben. Zuletzt möge die einfache Handhabung des „Baytinal" erwähnt werden.

In der Zeit vom September 1954 bis einschließlich Juni 1955, also über zehn Monate, verwandten wir bei unseren ambulanten Patientinnen fast ausschließlich das neue Kurznarkotikum **Baytinal** der Bayer-Werke Leverkusen.

Chemisch ist Baytinal 5,5-allyl-(2'-methyl-propyl)-Thiobarbitursaures Natrium. Es ist ein schwach riechendes gelbliches Pulver, leicht in Wasser löslich und alkalisch reagierend. Es steht in Ampullen (füher in Fläschchen) zu 1,0 g zur Verfügung und wird in 10%iger Lösung angewendet. Also 1,0 g Substanz wird in 10,0 ccm aqua dest. aufgelöst.

Baytinal wurde bei folgenden gynäkologischen Eingriffen angewandt: Abrasionen, Abortausräumungen, Pertubationen, Probeexzisionen, Douglas-Punktionen, Dilatationen, Eröffnung parametraner Abszesse sowie bei Inzisionen mastitischer Abszesse.

In dem oben angegebenen Zeitraum kam Baytinal in 1500 Fällen zur Anwendung. Auf Grund unserer Beobachtungen können wir hervorheben, daß Baytinal allen Anforderungen eines modernen Kurznarkotikums entspricht. Es besitzt die von H. Weese geforderten **Eigenschaften:**

1. große narkotische Breite,
2. geringe Giftigkeit,
3. erregungsfreier Narkoseverlauf,
4. schneller Abbau im Organismus,
5. bei Atemdepression infolge Überdosierung stabile Herz- und Kreislaufverhältnisse,
6. Reizlosigkeit bei intravenöser Anwendung.

Atmung, Herztätigkeit, Puls und Blutdruck werden bei entsprechend ausgeführter Injektion von Baytinal, worauf wir noch zurückkommen, keinen nennenswerten Schwankungen unterworfen. Die Gesamtdauer der Narkose ist bei Baytinal in äquinarkotischen Dosen wesentlich kürzer als bei der Evipannarkose.

Diese Verkürzung betrifft das Stadium des Erwachens, nicht jedoch die Zeit der vollen Narkose.

Natürlich ist der Effekt der Baytinalwirkung abhängig von der jeweils individuellen Ansprechbarkeit des Patienten. Die Durchschnittsdosis bei unseren gynäkologischen Kurzoperationen beträgt 0,8—1,0 g Baytinal. Bei älteren sowie anämischen Patientinnen benötigten wir des öfteren nur 0,4 g Baytinal. In einigen Fällen gaben wir bis 2,0 g. Es ist ratsam, diese letzte Dosis nicht zu überschreiten.

Zur **Narkosetechnik** ist zu sagen, daß wir ohne jedwede Prämedikation initial 2—3 ccm der Baytinallösung schnell (in etwa 30 Sek.) injizieren. Nachdem die Wirkung etwa eine Minute abgewartet wird, d. h. die Patientin ohne Exzitation und ohne Erbrechen eingeschlafen ist, kann langsam nachdosiert werden, und zwar gaben wir anschließend je ½ Minute etwa 1 ccm Baytinal und verbrauchten so, je nach Dauer des Eingriffs, die Menge von 8—10 ccm. Wir erzielten auf diese Art eine Narkosedauer, die zwischen 5—10 Minuten währte und uns störungsfreies Arbeiten ermöglichte. Bei zu schneller Injektion wurde das Auftreten eines Singultus oder auch eines kurzen Atemstillstandes beobachtet. Diese sind jedoch schnell vorübergehende Erscheinungen.

Die paravenöse Injektion kann Infiltration und Reizung des umgebenden Gewebes verursachen. In einem Fall sahen wir nach versehentlich paravenöser Injektion das Auftreten einer pfenniggroßen Gewebsnekrose. Die meisten Patientinnen konnten wenige Minuten nach dem Eingriff mit Unterstützung durch eine Hilfsperson den Operationstisch selbst verlassen und nach etwa einer halben Stunde nach Hause entlassen werden. Bis etwa 15 Minuten nach dem Erwachen besteht eine retrograde Amnesie. Manche Patientinnen sind noch ein bis zwei Stunden in leicht euphorischer Stimmung.

Ein postnarkotisches Erbrechen sahen wir bei einigen Frauen, bei welchen sich latente Hepato- bzw. Cholezystopathien nachträglich feststellen ließen. Derlei Erkrankungen stellen eine Kontraindikation für Baytinal, ebenso wie für andere Barbiturate dar.

Die fast einjährige Verwendung von Baytinal an unserer Klinik bedeutet nach unseren Erfahrungen, daß dieses Ultra-Kurznarkotikum eine erfreuliche Bereicherung der uns zur Verfügung stehenden Narkosemittel darstellt.

DK 618.1—089.5—032:611.14 Baytinal

Summary: Report is given on 1500 cases using the thio-barbiturate short-narcotic „Baytinal" in a gynaecological out-patient service. This intravenous narcotic meets all the modern requirements which we demand for the technique of narcosis in short gynaecological operations. Due to quicker return of consciousness the duration of the narcosis is shortened. Best compatability and simple administration are pointed out.

Résumé: 1500 narcoses brèves furent faites en clientèle gynécologique ambulatoire avec un thio-barbiturate «baytinal». Cet anesthésique général qui s'administre par voie I. V., a une courte durée d'action, est bien supporté et facile à manier.

Anschr. d. Verf.: München 2, Richard-Wagner-Str. 19.

*) Anm. b. d. Korrektur: Neuerdings haben wir auch noch Kontrolluntersuchungen mit einer 5%igen Felicur-Wasser-Emulsion durchgeführt, um eine Überdeckung des choleretischen Effektes der Felicur-Sesamöl-Lösung durch einen eventuellen cholokinetischen Effekt des Sesamöls auszuschließen. Wir konnten feststellen, daß der choleretische Effekt der Felicur-Wasser-Emulsion vollkommen dem der Felicur-Sesamöl-Lösung entsprach, gelegentlich sogar noch etwas besser war. Außerdem wurde die Wasseremulsion auch ausgezeichnet vertragen und von den Patienten sehr gern genommen.

Das orale Diureticum

DIAMOX

Acetazolamid Lederle

zur Behandlung
cardialer Ödeme

quecksilberfrei

DOSIERUNG: DIAMOX* WIRD ZUR AUSSCHWEMMUNG TÄGLICH ODER JEDEN 2. TAG ALS TABLETTE à 250 mg MORGENS VERABREICHT, UM DEN SCHLAF DURCH NÄCHTLICHE DIURESE NICHT ZU STÖREN. ZUR DAUERBEHANDLUNG GENÜGEN WÖCHENTLICH 2 MAL 1 TABLETTE ODER 2 MAL 2 TABLETTEN à 250 mg. EINE ERHÖHUNG DER TAGESDOSIS BEWIRKT KEINE STEIGERUNG DES DIURETISCHEN EFFEKTES.

HANDELSFORMEN

Lederle

Packung zu 6 Tabletten à 250 mg
Packung zu 25 Tabletten à 250 mg
Packung zu 100 Tabletten à 250 mg

Behandlungskosten tägl. DM -.23 bis -.45

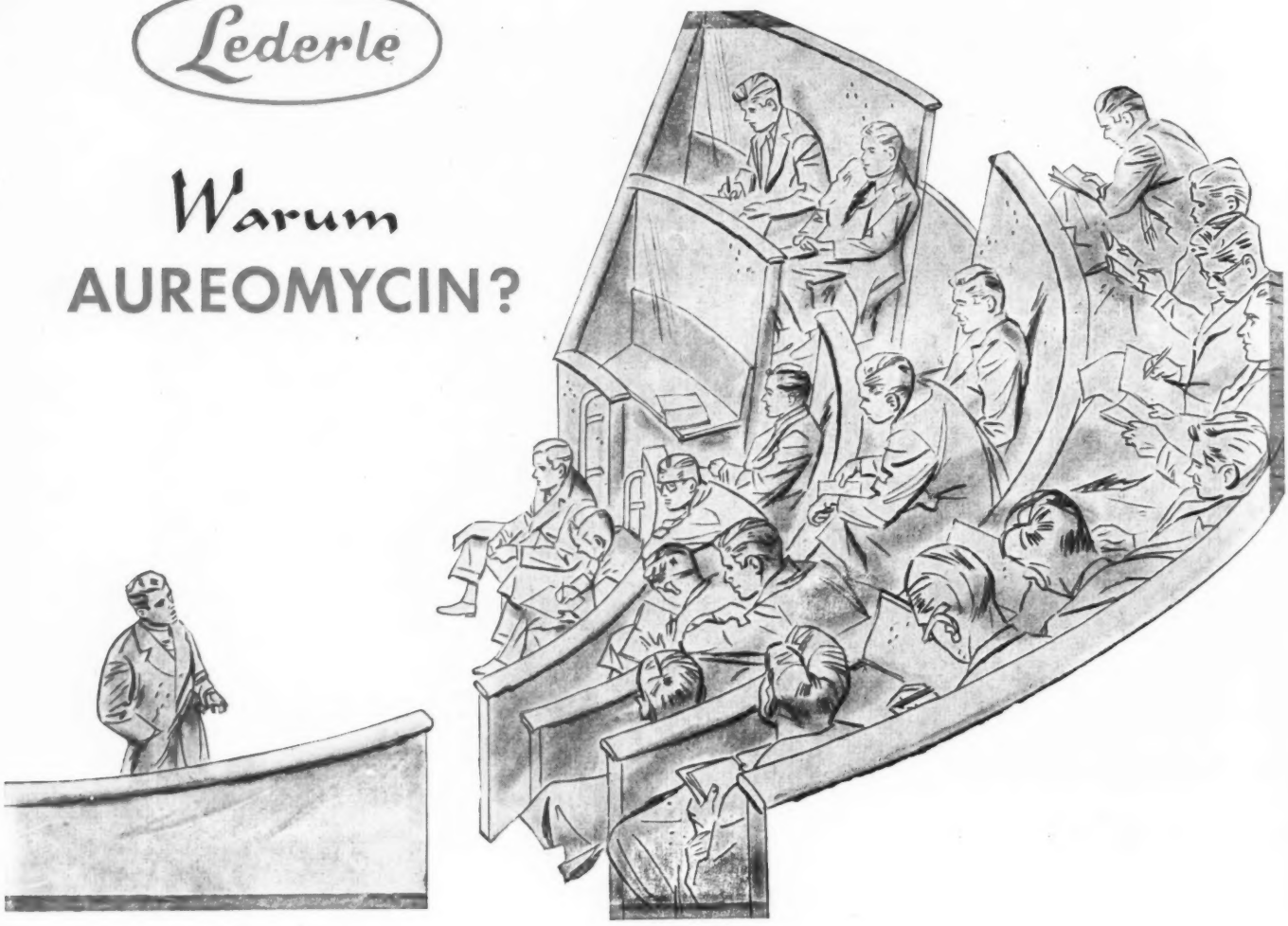
Lederle

LEDERLE GMBH MÜNCHEN 27 · CHEMIE GRÜNENTHAL GMBH STOLBERG/RHLD.

* Wz.

Lederle

Warum AUREOMYCIN?



AUREOMYCIN*...

. . . hat ein bisher von keinem anderen Antibiotikum übertroffenes breites Wirkungsspektrum

. . . gibt in Tagesdosen von nur 1 g (4 x 250 mg) therapeutisch wirksame Blutspiegel

. . . diffundiert in alle Körperflüssigkeiten und Gewebe und wird in hoher Konzentration in der Leber angereichert und mit der Galle ausgeschieden

. . . gibt nach oraler Gabe ein Vielfaches der therapeutisch notwendigen Konzentration im Urin

. . . führt bei akuten Infektionen mit einer Gesamtmenge von 5-7 g zu therapeutischem Erfolg

HANDELSFORMEN

Aureomycin-SV-Kapseln zu 250 mg (Aureomycin + Multivitaminkomponente), Kapseln zu 250 mg und 50 mg, Schokoladenpulver (Spersoids), Aureomycin-Calcium-Tropfen (oral), Aureomycin-Calcium-Sirup, Salbe 3%ig, Augensalbe 1%ig, Augentropfen, Ohrentropfen, Nasentropfen, Pastillen, (Troches), Lösliche Tabletten, Vaginalpuder, Vaginal-Suppositorien, Wundpuder, Dental-Paste, Dental-Kegel.

*) Wz.

LEDERLE G.M.B.H. MÜNCHEN 27 · CHEMIE GRÜNENTHAL STOLBERG/RHLD.

Lebensbild

Karl Kißkalt zum 80. Geburtstag

Der Geh. Med.-Rat em. o. ö. Prof. für Hygiene und Bakteriologie an der Universität München, Dr. Karl Kißkalt, wurde am 30. 12. 1875 in Würzburg geboren, absolvierte dort das bekannte Alte Gymnasium und den größten Teil seiner medizinischen Studien, die ihn außerdem nach München und Berlin führten.

Angeregt durch die originellen Vorlesungen und Kurse des Würzburger Hygienikers K. B. Lehmann wählte er ihn zum Doktorvater (1899) und bekam alsbald eine Assistentenstelle am Institut. Wenn auch aus dieser Zeit nur 2 Veröffentlichungen [1]) stammen, so hat doch der Geist und die Methode dieses Voit-Pettenkofer-Schülers Kißkalt zeitlebens im Bann gehalten und ihm wohl auch 1925 die Annahme des Rufes an das seit 1879 baulich nur wenig veränderte, bescheidene Münchner Institut zur Selbstverständlichkeit gemacht.

Kißkalt

Lehmann hielt nie seine Assistenten; jeder sollte seine Eigentümlichkeit wahren und walten lassen. Die Übersiedlung Kißkalts zu dem Robert-Koch-Schüler Gaffky nach Gießen und die dortige Habilitation (1903) entspricht dieser Gesinnung. Nun konnte Kißkalt den Unterschied zweier Richtungen, von denen jede Reiz und Glanz hatte, kennenlernen. Mit einem Beitrag zur Lehre von der natürlichen Immunität hatte K. die fruchtbare Reihe von Arbeiten begonnen, die er nie unterbrach. „Die Frage ist also eigentlich nicht, warum viele Bakterien Krankheit erregen, sondern warum viele Bakterien nicht imstande sind, Krankheit zu erregen." Über 20 Arbeiten, fast jede mit einer neuen Idee, beschäftigen sich mit stets sorgfältig ausgewogenen, originellen Methoden, mit dem Problem der ursächlichen Klärung der Disposition. Kißkalt hat dabei dieses Vielfaktorenproblem zu Zeiten, wo man durch Vernachlässigung der Zahl in der Bakteriologie zu den merkwürdigsten Ergebnissen unbeanstandet kommen konnte, an statistisch fundierten Versuchsreihen erläutert. Allerdings hatte er trotz dieser weitausgreifenden Arbeiten, in die nicht nur Bakterien, sondern auch chemische und bakterielle Gifte einbezogen wurden, nicht ohne feine Ironie darauf hingewiesen, daß man es nicht nötig hätte, Vorgänge aus dem Tierstall zu erschließen, die als Massenerscheinung beim Menschen zu beobachten sind. Eine auf Geschichte und Statistik aufbauende induktive Epidemiologie, die die Seuche wieder als Ganzes, als ein Phänomen auffassen sollte, schien ihm deshalb einer anstrengenden Forschung wert und bedürftig. 1929 erscheint die Monographie „Allgemeine Epidemiologie". Bis heute hat sich Kißkalt und seine Schule in über 50 größeren Arbeiten mit den Ergebnissen der deduktiven Epidemiologie auseinandergesetzt. Bei vielen Seuchen gelang es, sie in ihren vielfältigen Erscheinungen, wie Örtlichkeit, Jahreszeit, soziale Lage, Alters- und Geschlechtsbefall, Wandern u. a. m., verständlich zu machen und vorhandene Widersprüche aufzudecken.

Schon in Gießen beschäftigten Kißkalt außerdem Probleme der Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung. Mit der Berufung nach Königsberg (1912) begann eine umfassende und höchst verantwortliche Tätigkeit auf dem Gebiet der Wasseraufbereitung. Vor allem durch ausgezeichnete Beobachtungen im Gelände erschloß er weiter kaum geebnete Pfade der Forschung, die reichen wissenschaftlichen Ertrag brachten. Daß die präventive Medizin in fachlich geschulten Händen bleiben muß, hat er bereits 1933 [2]) in zwingender Beweisführung auch für dieses Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege dargetan. Trotzdem hat einer der führenden Männer der Wasserwirtschaft, Marquardt, Stuttgart, Kißkalt zum 75. Geburtstag gefeiert als den anerkannten Beurteiler der hygienischen Sicherheit der Gewinnungs-, Verteilungs-, Speicherungs- und Aufbereitungsanlagen des Trink- und Brauchwassers. Ferner ist K. stets der mutige Verfechter des bei vielen Wasserwerksdirektoren keineswegs hoch im Kurs stehenden naturreinen Wassers geblieben, auch gegenüber der Besatzungsmacht. In der Chlorung sieht er nur einen, noch dazu in gesundheitlicher Beziehung keineswegs abgeklärten Notbehelf.

1906 ging Kißkalt als Abteilungsvorsteher an das Berliner Hyg. Inst. zu Rubner, dem großen Schüler von C. Voit, und wurde dort 1910 apl. Professor. Diese Rückkehr zu einem Mitbegründer der Hygiene als medizinischer Disziplin begünstigte, nach den Erstlingen auf dem Gebiet der Nahrung und Kleidung in der Würzburger Zeit, neue Pläne und Vorsätze zu einschlägigen Arbeiten mit bald sichtbarem Erfolg. Innerhalb von 12 Jahren kamen 4 Berufungen. Auch für Kißkalt ist wie für Rubner in vielen Fragen Hygiene angewandte Physiologie geblieben, die nur über das Fach Hygiene die notwendige breite Wirkung erzielen kann. Bis in die jüngste Zeit wurden von Kißkalt zahlreiche rühmenswerte Arbeiten, z. B. über den Einfluß des Föhns auf den Wasserhaushalt, des Wetters auf die Sinnesempfindungen, die Folgen der Hungerblockade, über Fragen der Erkältung und Kleidung u. a., durchgeführt und angeregt.

Das 1952 in dritter Auflage erschienene Buch „Theorie und Praxis der medizinischen Forschung" führt in einer Kißkalt eigenen Weise in die ungemessene Weite des menschlichen Geistes. Sein außerordentliches Gedächtnis, gepaart mit einer ausgedehnten Belesenheit auch im naturwissenschaftlichen und philosophischen Schrifttum und ein fast 60 Jahre hindurch in unausgesetzter Arbeitsamkeit verbrachtes Leben, gestatteten Kißkalt eine Fülle glücklicher Auslegungen über Forscher und Forschung.

Im Unterricht konnte Kißkalt die umfassende, nahezu einmalige Kenntnis des Stoffes der Hygiene und Bakteriologie, schlicht und einfach, in strenger Logik, mit ständigen Hinweisen auf die ärztliche Praxis und das Leben, wirklichkeitsnah mitteilen. Seine ausgedehnte gutachtliche Tätigkeit brachte von selbst eine enge Fühlung mit allen Schichten des Volkes. So las er noch als Emeritus für Juristen „Hygiene und Bakteriologie in Rechtsprechung und Verwaltung".

Was er seinen zahlreichen Schülern und Mitarbeitern war und ist: ein unbeugsamer Bekenner der Wahrheit, ein leuchtendes Vorbild für den Satz „Genie ist Fleiß", ein kluger Kritiker und Berater, schließlich der energische Förderer guter Einfälle.

Die wissenschaftlichen Ehrungen sind zahlreich: Mitgl. der Akademie der Deutschen Naturforscher in Halle a. d. S., Ehrenmitglied des Robert-Koch-Instituts und der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie, Träger des großen Verdienstkreuzes des Verdienstordens der Bundesrepublik.

Unser Jubilar hat seine Lebenskraft durch eine seltene Geistesstärke aufrechterhalten, und heute ist er immer noch der umsichtige Hauptschriftleiter des Archivs für Hyg. und Bakt., das, von Pettenkofer begründet, schon auf 140 Bände angewachsen ist.

Wir wünschen dieses große Glück einer fruchtbaren Tätigkeit auch im Alter dem Jubilar ad multos annos zum Segen für die Volksgesundheit und unser Fach, dem er sich in selbstlosester Pflichterfüllung und zähestem wissenschaftlichen Arbeitswillen gewidmet hat und widmet.

Prof. Dr. med. *M. Knorr*, Erlangen.

DK 92 Kisskalt, Karl

Anschr. d. Verf.: Erlangen, Hygienisch-Bakteriol. Inst., Wasserturmstr. 3.

[1]) Eine Übersicht der Arbeiten Kißkalts findet sich im Arch. Hyg., Bd. 115 u. Bd. 133.

[2]) Hygienische und technische Wasseruntersuchung. Gesd.-Ing. (1933), H. 3.

Verschiedenes

Vatikan gegen „Augenspenden"

von Dr. med. *Rudolf Smets*, Würzburg

Zusammenfassung: Die seither schon bekannte Stellungnahme der katholischen Kirche zur Frage des Verfügungsrechts über den menschlichen Körper hat sich nicht geändert und läßt dem Arzt jederzeit so weitgehende Freiheit seines Handelns, daß auch trotz der ihm gesetzten Grenzen mit Sicherheit immer alles für den Kranken Notwendige geschehen kann.

Das Bayerische Ärzteblatt brachte (1954), 9, S. 184, unter obiger Überschrift folgende Notiz:

„Die vatikanische Wochenzeitung "L'Osservatore Della Domenica" hat es in Beantwortung einer Leserzuschrift für unrichtig erklärt, für einen Blinden ein Auge zu spenden. Das Blatt schrieb wörtlich: ‚Niemand ist Herr seines eignen Lebens und seines eignen Organismus, über den wir nur im Einklang mit dem Gesetz Gottes verfügen dürfen. Wer sich selbst durch Entfernung eines wichtigen Teiles des Organismus verstümmelt, spricht sich damit das Eigentumsrecht über das Leben zu, das ihm indessen nicht gehört. Der gute Zweck rechtfertigt eine solche falsche Handlungsweise nicht'" (Med. Klin., Nr. 34/54).

In Ärztekreisen ist durch diese Ausführungen des römischen Blattes die Frage aufgetaucht, ob nicht damit auch eine Reihe chirurgischer Maßnahmen, die uns Ärzten als ganz selbstverständlich gelten, vom kirchlichen Standpunkt aus als unerlaubt bezeichnet werden, z. B. die Entfernung des entzündeten Blinddarms, der entzündeten oder steinhaltigen Gallenblase, der krankhaft vergrößerten Schilddrüse oder anderer kranker Organe, oder von Gliedmaßen, deren Amputation auf Grund von Verletzungen oder aus anderen Gründen erforderlich ist. Auch hat man gefragt, ob es, wenn man nicht aus christlicher Liebe ein Auge spenden darf, noch erlaubt sein kann, Blut zu spenden oder Haut zu Übertragungen zur Verfügung zu stellen.

Zunächst ist klarzustellen, daß die eingangs erwähnte Zeitschrift „L'Osservatore della Domenica" in keiner Weise ein offizielles oder offiziöses Organ des Hl. Stuhles ist. Die dort gemachten Ausführungen geben also nicht die Ansicht amtlicher Stellen wieder, sondern sind die private Meinung ihres Autors, der auf eine private Anfrage eine private Antwort gegeben hat, die er in der angeführten Weise begründet. Es bleibt daher die Aufgabe, zu prüfen, ob diese Begründung richtig ist, und ob sie mit der anerkannten Lehre der katholischen Kirche übereinstimmt. Grundlage der hier folgenden Ausführungen ist eine dem Verfasser dieses Aufsatzes, selbst Theologe und Arzt, in dankenswerter Weise zur Verfügung gestellte Darlegung eines der bedeutendsten heutigen katholischen Moraltheologen.

Eine amtliche Stellungnahme der zuständigen kirchlichen Stellen zu dieser uns hier speziell interessierenden Frage gibt es bis heute noch nicht. Es haben sich aber im Laufe der Zeit die Moraltheologen ganz allgemein mit den Fragen befaßt, wieweit das Verfügungsrecht des Menschen über sein Leben und seine Gesundheit, über seinen Körper und über Teile desselben geht, welches Recht über diese Güter dem einzelnen und welches der Allgemeinheit zusteht. Die Ansichten dieser Gelehrten stimmen aber nicht überein, so daß unsere Frage von dieser Seite aus als „noch ungeklärt" bezeichnet werden muß.

In neuerer Zeit haben die Päpste verschiedentlich allgemeine Richtlinien aufgestellt, nach denen solche hier in Betracht kommenden Einzelfragen zu lösen sind. Zu beachten sind hier zunächst die Ausführungen Papst Pius' XI. in der Enzyklika „Casti connubii" vom 31. 12. 1930: „Die öffentlichen Behörden haben über die Gliedmaßen ihrer Untertanen keinerlei direkte Gewalt. Sie können daher die Integrität des Körpers — (wo keine „Schuld" dazwischentritt und kein Grund zu einer blutigen Bestrafung vorliegt) — nie jemals direkt verletzen oder antasten, weder aus eugenischen noch aus irgendwelchen anderen Gründen.

Was im übrigen speziell die Privatpersonen betrifft, so bestimmt die christliche Lehre und steht auch schon aus dem Licht der menschlichen Vernunft durchaus fest, daß sie keine andere Verfügungsmacht über die Glieder ihres Körpers haben als die zu deren natürlichen Zweckbestimmungen, und daß sie sie weder zerstören noch verstümmeln noch auf andere Weise für ihre natürlichen Funktionen untauglich machen können, außer wenn anders für das Wohl des ganzen Körpers nicht gesorgt werden kann."

Diese Grundgedanken seines Vorgängers hat der jetzige Papst, Pius XII., in seinen Ansprachen an Teilnehmer ärztlicher Kongresse in Rom wiederholt aufgegriffen, nachdrücklich eingeschärft, weiter ausgedeutet und auf konkrete Gegebenheiten angewendet. Aus einer größeren Zahl solcher Darlegungen seien nur folgende erwähnt: In seiner Ansprache an die Teilnehmer des 1. internationalen Kongresses für Histopathologie des Nervensystems in Rom vom 14. 9. 1952 führte der Papst aus: „Zunächst muß vorausgesetzt werden, daß der Arzt, als Privatperson, gegen den Willen des Patienten keine Anordnung treffen und keinen Eingriff vornehmen darf. Denn der Arzt hat über den Patienten nur soviel Vollmacht und Verfügungsrecht, wie der Patient ihm gibt, sei es ausdrücklich, sei es einschließlich und stillschweigend. Der Patient aber kann nicht mehr Verfügungsrecht geben, als er selbst besitzt. Es ist also das sittlich zulässige Verfügungsrecht des Patienten über sich selbst entscheidend. Hier findet das Tun des Arztes, der mit Zustimmung seines Patienten handelt, seine ethische Schranke und Grenze.

Was aber den Patienten betrifft, so ist er nicht unbeschränkter Herr über sich, über seinen Leib und seinen Geist. Er kann also erlaubterweise nicht verfügen, wie ihm beliebt. Auch das Motiv, aus dem er handelt, ist für sich allein nicht genügend und bestimmend. Der Patient ist an die von der Natur selbst gesetzte immanente Teleologie gebunden (innerorganische Zweckordnung). Er hat das durch den Naturzweck umgrenzte Gebrauchsrecht aller Fähigkeiten und Kräfte seiner Menschennatur. Weil er Nutznießer, nicht Eigentümer ist, hat er keine unbeschränkte Befugnis zu Zerstörungs- und Verstümmelungshandlungen, ob anatomischer oder funktioneller Art. Wohl ergibt sich nach dem Totalitätsprinzip aus seinem Gebrauchs- und Nutznießungsrecht über den Gesamtorganismus, daß er auch zerstörend oder verstümmelnd über dessen einzelne Teile verfügen kann, wenn und soweit dies für das Wohl des Gesamtorganismus notwendig ist; notwendig, um dessen Bestand zu sichern oder schwere und dauernde Schädigungen fernzuhalten bzw. zu beheben, die auf andere Weise nicht ferngehalten oder behoben werden können."

In seiner Ansprache an die Teilnehmer des 8. Kongresses der Weltgesundheitsorganisation vom 2. Oktober 1954 führt er aus: „Der Mensch ist nur der Nutznießer, nicht der unabhängige Besitzer und Eigentümer seines Körpers, seines Lebens und alles dessen, was ihm der Schöpfer gab, damit er es gebrauche gemäß dem Zweck der Natur. Das fundamentale Prinzip: ‚Allein der, der das Recht zu verfügen hat, ist fähig, davon Gebrauch zu machen, und überdies einzig und allein in den Grenzen, die ihm bestimmt sind', ist eine der letzten und allumfassendsten Normen für das Tun, auf denen der ursprüngliche und gesunde Verstand unerschütterlich beharrt, und ohne die die Rechtsordnung und die Ordnung des gemeinsamen Lebens der Menschen in der Gesellschaft unmöglich ist."

Will man die hier dargelegten allgemeinen Grundsätze auf einen speziellen Fall anwenden, wie z. B. das „Augenopfer", von dem wir hier ausgegangen sind, so wird man aus der gleichen päpstlichen Ansprache auch folgende Worte berücksichtigen müssen: „Auch kann er (sc. der Arzt) selbst nicht als Objekt wissenschaftlicher oder praktischer Versuche sich gebrauchen lassen, die einen ernsten Schaden nach sich ziehen oder seine Gesundheit bedrohen; noch weniger ist er befugt, einen experimentellen Eingriff zu versuchen, der nach berechtigter Ansicht Verstümmelung oder Selbstmord zur Folge haben kann ... Diese prinzipielle Ablehnung betrifft nicht das persönliche Motiv dessen, der sich bereit erklärt, sich opfert und sich verleugnet, zum Nutzen eines Kranken, auch nicht den Wunsch, zum Vorteil einer ernsten Wissenschaft mitzuarbeiten, die helfen und dienen will. Wenn es sich darum handelte, würde sich eine bejahende Antwort aus sich selbst ergeben. ... Aber es handelt sich nicht um dieses Motiv und um diesen persönlichen Einsatz; bei diesem Verhalten handelt es sich schließlich darum, über ein nicht persönliches Gut zu verfügen, ohne das Recht dazu zu haben. Der Mensch ist nur der Nutznießer, nicht der unabhängige Besitzer und Eigentümer seines Körpers, seines Lebens und alles dessen, was ihm der Schöpfer gab, damit er es gebrauche gemäß dem Zweck der Natur."

Es ließe sich aus den verschiedenen Ansprachen Pius' XII. noch eine Reihe von Stellen anführen, welche geeignet sind, die uns hier beschäftigenden Fragen zu klären, es können aber die hier angeführten für die Zwecke dieses Aufsatzes genügen.

Liest man die Ausführungen des Papstes aufmerksam durch, findet man, daß er den dem Geiste und der steten Übung des Christentums entsprechenden Willen, auch unter großen persönlichen Opfern dem kranken Mitmenschen zu helfen, hochschätzt, daß er aber dem Willen zur Opferbereitschaft sehr bestimmt da eine Grenze setzt, wo er das ihm vom Schöpfer mit der menschlichen Natur gegebene Recht zur

Asthma bronchiale

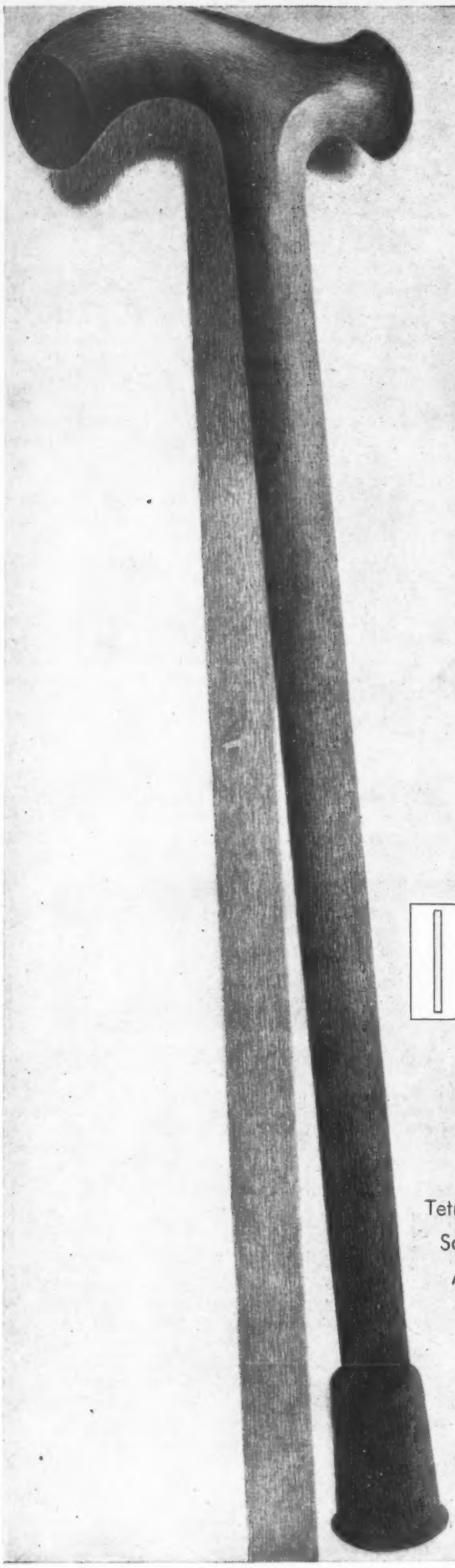
EFRODAL B

ANTIASTHMATICUM

Mehrschichtige Broncholyse, Entlastung des Lungenkreislaufs, Stärkung der Herzkraft, Steigerung der Sauerstoffausnützung in den Alveolen. Rascher und sicherer Wirkungseintritt, volle Resorption bei oraler Medikation. Gute Verträglichkeit, frei von Nebenerscheinungen. Ampullen i. v. und i. m. sofortige Wirkung im Anfall und im Status asthmaticus. Tabletten zur Dauerbehandlung und Prophylaxe. Kapseln mit protrahierter Wirkung zur Sicherung der Nachtruhe.

5 Ampullen DM 2.95; 10 Tabletten DM 2.25; 20 Kapseln DM 3.80 Anstaltspackungen.

SIEGFRIED · ARZNEIMITTEL · SÄCKINGEN



neu!

Depot-Salicyl Fischer (DSF)

Antirheumaticum · Analgeticum

Tetrahydro — 1.4 oxazin — Salicyl (DBP 812 670) 0.50/g Drag.

Sofortige Wirkung – langsame Ausscheidung

Ausgezeichnete Verträglichkeit

Einmalige Gabe gewährleistet ausreichenden Salicylspiegel für 24 Stunden

Preise:
8 Dragees DM. 0.95 m. U.
25 Dragees DM. 2.25 m. U.
50 Dragees DM. 3.95 m. U.

Literatur u. Muster durch Arzneimittelwerk Fischer, Bühl Bd.

Verfügung über den Körper oder seine einzelnen Teile überschreiten würde.

Die Ausführungen des Papstes haben die Autorität, die ihm kraft seines hohen Amtes gegeben ist. Diese allgemeinen Richtlinien auf den speziellen Fall anzuwenden ist, solange dies nicht vom Papst selbst oder einem von ihm Beauftragten erfolgt, Sache des einzelnen, der hierbei nach bestem Wissen und Gewissen vorzugehen hat. Nimmt man die Worte des Papstes so, wie sie gesprochen wurden, so kommt man nach meinem Dafürhalten zu dem Schluß, daß, auf den speziellen Fall des „Augenopfers" angewendet, dieses, als über die Grenzen des Verfügungsrechtes des einzelnen über seinen Körper hinausgehend, abgelehnt werden muß.

Dem steht nicht entgegen, daß das Kreuzesopfer Christi dem gläubigen Christen das erhabenste Vorbild einer sich für andere aufopfernden Liebe ist. Denn Christus war als Gottessohn unbeschränkter Herr seines irdischen Leibes und Lebens; für ihn galten die uns gezogenen Grenzen des Verfügungsrechtes über den Körper nicht. Es steht dem auch weiter nicht entgegen, daß der Einsatz des Lebens, sei es um Menschen aus Feuersgefahr oder vor dem Tode durch Ertrinken zu retten, sei es in der Pflege an Seuchen erkrankter Menschen, stets mit Recht als eine heroische Liebestat galt.

Denn in diesen Fällen wird der gewünschte Erfolg nicht dadurch erreicht, daß man zuerst sich einen, nach dem oben Gesagten unerlaubten Schaden zufügt, um mit dem dadurch freigewordenen Organ einem Mitmenschen helfen zu können, sondern dadurch, daß man die helfende Handlung begeht, wenn auch mit ihr gleichzeitig die Gefahr besteht, das eigene Leben zu verlieren. Sittlich unerlaubt wäre dieses Handeln, wenn mit ihm mit Sicherheit der Verlust des eigenen Lebens verbunden wäre; denn in diesem Falle bedeutete ein solches Handeln einen stets und unter allen Umständen unerlaubten Selbstmord, der auch durch einen angestrebten guten Zweck nicht gerechtfertigt werden kann. Erlaubt dagegen ist dieses Handeln, wenn neben der Gefahr, die der Handelnde auf sich nimmt, gleichzeitig wenigstens eine gewisse Wahrscheinlichkeit besteht, sein eigenes Leben dabei erhalten zu können. In diesem Fall ist der angestrebte gute Zweck ein hinreichender Grund, der es rechtfertigt, eine solche Gefahr dem Mitmenschen zuliebe auf sich zu nehmen. Dem Mut und der Nächstenliebe, aus denen ein solches Wagen entspringt, gilt mit Recht unsere Anerkennung.

Um es noch einmal mit anderen Worten zu definieren: im erstgenannten Fall begeht der Betreffende in der Selbstverstümmelung eine in sich unerlaubte Handlung, die unerlaubt bleibt, auch wenn sie in bester Absicht geschieht. Im zweiten Falle erfolgt eine Handlung, aus der gleichzeitig der Verlust des Lebens oder seine Erhaltung folgen kann. Unerlaubt wäre es, eine solche Handlung ohne triftigen Grund zu begehen, denn sie würde die Pflicht, das vom Schöpfer dem Menschen anvertraute Leben gewissenhaft zu bewahren, verletzen. Erlaubt dagegen ist es, eine solche Gefahr einzugehen, wenn dies aus einem schwerwiegenden Grund geschieht, wie z. B. der Rettung eines Menschen aus Lebensgefahr. Dies ist nicht nur die allgemeine Ansicht aller Einsichtigen, sondern auch die stets vertretene Lehre der katholischen Kirche, die von allen anderen christlichen Kirchen geteilt wird.

Müssen wir also das mit Verstümmelung oder wenigstens schwerer Beeinträchtigung der Gesundheit verbundene Opfer von Organen ablehnen, so gilt dies nicht vom Blutspenden oder der Zurverfügungstellung von Haut zu Übertragungen. Hier erleidet der Körper keinen oder keinen nennenswerten Schaden und erholt sich rasch wieder. Wir verletzen daher mit diesen Spenden unsere Pflicht zur Sorge für die Integrität des Körpers nicht.

Erlaubt sind weiter die uns geläufigen chirurgischen Eingriffe, wie z. B. Entfernung des Blinddarms, der Gallenblase, der Milz, überhaupt erkrankter Organe und Gliedmaßen, wenn sie den Zustand des Körpers gefährden und diese Gefahr nur durch Beseitigung dieser Körperteile behoben werden kann. Der behandelnde Arzt und der zustimmende Patient handeln in diesem Falle zu Recht, weil derjenige, der das Recht und die Pflicht hat, für den gesamten Körper zu sorgen, auch das Recht hat über dessen einzelne Teile, wie es das oben angeführte Totalitätsprinzip besagt. Und da das Wohl des Ganzen über dem Wohl des Teiles liegt, darf der Teil geopfert werden, wenn nicht auf andere Weise für das Wohl des Ganzen gesorgt werden kann.

Auf die medizinische Seite des Problems der Organüberpflanzung wurde hier nicht eingegangen, da die Aufgabe dieses Aufsatzes nicht die Behandlung der medizinischen, sondern der ethischen Seite des Problems war.

DK 262.13 : 616

Summary: The attitude of the catholic church as to man's right of disposal of his own body has not changed. It gives far reaching freedom of action to the doctor, so that everything necessary can be carried out for the patient inspite of limits given.

Résumé: La prise de position déjà connue de l'Eglise catholique au sujet du droit de disposition sur le corps humain n'a pas changé. Elle laisse au médecin une grande liberté d'action, qui lui permet malgré les limites qui lui sont assignées, de faire certainement toujours tout le nécessaire pour les malades.

Anschr. d. Verf.: Würzburg, Schießhausstraße 21.

Aussprache

Zur Arbeit von Prof. Dr. med. Fritz Schoercher:

Krampfadern und tiefe chronische Beinvenenthrombose

in ds. Wschr. (1955), 41, S. 1355

von Med.-Rat *F. Halla*, Wien

Verfasser schreibt: „Die zweckmäßige Behandlung des Krampfaderleidens ist die Operation. Sie vermeidet die Gefahren der Verödungsbehandlung durch Einspritzungen, die nie so viel leisten kann wie der chirurgische Eingriff ..."

Mit dieser Feststellung wären also alle jene, die seit Jahrzehnten (ich z. B. seit 35 Jahren ohne einen einzigen Zwischenfall) die ingenieuse Idee eines Linser durchgeführt, und alle Autoritäten, die sogar von einem „Märchen der Injektionsgefahren" (auf Grund von einwandfreien Statistiken) gesprochen haben, leichtsinnige und unwürdige Ärzte.

Ich will gar nicht die vielen, in meiner langjährigen Praxis erlebten und auch die in der Literatur zahlreich beschriebenen Zwischenfälle nach Operationen, also Früh- und Spätthrombosen und Embolien, Nekrosen, Infektionen, Sepsisfälle, langdauernden Nebenwirkungen und prompten Rezidive, wie unschönen Keloide bei alt und jung nach operativer (oft auch mit Injektionen kombinierter) Behandlung vorläufig im Detail beschreiben.

Es genügt meiner Meinung nach bloß die Anführung des soeben in den „Mitteilungen der Ärztekammer für Wien", 1955, Nr. 11, S. 10, erschienenen Berichtes, wonach ein Arzt zu über S 40 000 rechtskräftig verurteilt wurde. Dieser hatte einer Klägerin eine Krampfader unterhalb der linken Kniekehle operiert. Die Operation ist erfolglos geblieben, hat aber zur Bildung eines schmerzhaften Abszesses und zu längerer Krankheit der Klägerin geführt.

Wer es überdies noch wie ich erlebt hat, wie vor der Injektionstherapie die Wiener allg. Poliklinik (Prof. Nobl) von den zahlreichen Ulcera cruris von unten bis oben abscheulich gestunken hat, eine Krankheit, die bei uns nur mehr sporadisch zu finden ist, seitdem frühzeitig (auch in den Kassen) gespritzt wird, der muß zugeben, daß die klare Warnung davor Praktiker und Patienten verwirrt. Dies muß Anlaß dafür sein, daß bei vielen Patienten, die einfach für die (auch zeitraubende) Operation nicht zu haben sind, die rechtzeitige Behandlung gehemmt und dadurch Arbeitsunfähigkeit, schmerzhafte Sensationen und Gefahr wieder maßlos intensiviert werden.

Wenn man vielverwendete Heilmethoden herabsetzt, muß man wohl etwas absolut Einwandfreies und Einfacheres dafür bieten.

DK 616.147.3—007.64 + 616.147.3—005.6

Summary: The author refers to an article in this paper in which Schoercher pointed out that the suitable treatment of varicose veins is the surgical operation and that obliteration treatment, apart from its dangers, can never be as effective as surgical intervention. In opposition to Schoercher's opinion the author points out those numerous cases of successful injection treatment. According to own experiences and those of a great many other doctors, injection treatment has proved to be of outstanding value in the treatment of varicose veins, and ulcers of the lower leg. He emphasizes that Schoerchers warning is unjustified and can only lead to confusion on this subject for both patients and doctors.

Résumé: L'auteur s'élève contre l'assertion de F. Schoercher (Münch. med. Wschr., 41, 1355 [1955]) qui condamne le traitement des varices par injections sclérosantes au profit exclusif du traitement opératoire.

Anschr. d. Verf.: Wien I, Johannesgasse 3.

Fragekasten

Frage 112: In welchem Alter und auf welche Weise sollten angeborene Hüftgelenksluxationen behandelt werden, und wie sind die Erfolgsaussichten?

Antwort: Die echte komplette **Hüftverrenkung** muß bei Erkennen sofort behandelt werden. Die Art der Behandlung richtet sich nach dem Alter des Patienten. Im ersten Lebensjahr soll die Reposition unter Gewaltanwendung unterbleiben, da das Trauma der Einrenkung Kopf und Pfanne schädigen kann. Deshalb Extensionsverband — im frühen Säuglingsalter in vertikaler Richtung —, bis sich entweder der Hüftkopf richtig einstellt oder dem Kind bei fortgeschrittenem Alter die Reposition zugemutet werden kann. Fixation in Lorenzstellung (wenn nötig) nur ganz kurz, dann Langestellung. Die Gipsbehandlung erstreckt sich auf etwa drei Vierteljahre. Dann Liegeschale mit Massage und Übungen 3 Monate, dann mit Laufrad nach Schede (ohne Belastung bei Abduktion), bis das Röntgenbild befriedigend ist. Die Ergebnisse werden schlechter, je schwieriger die Reposition und Retention ist und je später die Luxation erkannt wird. Pubertät und Schwangerschaft können wieder zu schweren Veränderungen an den Gelenkanteilen führen, selbst wenn bis dahin das anatomische Ergebnis befriedigte.

Von der „kompletten Luxation" ist die „Dysplasie" mit oder ohne Subluxationsstellung abzutrennen. Sie erfordert im Säuglingsalter lediglich die Lagerung in einer Abduktionsliegeschale, bis sich Pfannendach und Hüftkopf normal entwickelt haben.

Prof. Dr. med. *A. Oberniedermayr*, München 15, Lindwurmstr. 4.

Frage 113: Ich hörte in den letzten Jahren öfters, daß die selteneren splenomegalen Typen von chron. lymphatischen Leukämien durch Splenektomie für lange Jahre gebessert, ja sogar geheilt werden können. Beruht dies auf Wahrheit? Welche hämatologischen Bedingungen müssen dazu vorher erfüllt sein?

Antwort: Bei **chronischen lymphatischen Leukämien mit isoliertem Milztumor** ist in den letzten Jahren häufiger die **Splenektomie** durchgeführt worden. Ohne Zweifel haben sich in gewissen Fällen vorübergehende Besserungen erreichen lassen. Nach unseren bisherigen Erfahrungen ist aber die Heilung einer Leukämie damit nicht zu erreichen, auch in der Literatur ist uns das mit Sicherheit nicht bekannt geworden. Es ist ja noch nicht endgültig geklärt, ob es wirklich Leukosen gibt, die primär in der Milz beginnen und von dort aus generalisiert werden. Immerhin wäre diese Ansicht, welche von mehreren Autoren vertreten wird, durchaus vorstellbar. Hier wäre dann von „lienaler aleukämischer Myelose bzw. Lymphadenose" zu sprechen. Die frühzeitige Splenektomie müßte in solchen Fällen einen vollen Erfolg zeitigen. Aus klinischer Erfahrung wissen wir, daß solche Leukämieformen sehr selten beobachtet werden bzw. mit der heutigen Leukämiediagnostik nicht rechtzeitig erkannt werden können. Bei der heutigen Situation kann die Splenektomie bei chronischer lymphatischer Leukämie empfohlen werden, wenn folgende hämatologischen Bedingungen erfüllt sind:

1. Isolierte Vergrößerung der Milz,
2. Fehlen von Lymphknotenschwellungen,
3. Fehlen einer Leberschwellung,
4. nur geringe bis mäßige lymphatische Metaplasie des Knochenmarks.

Besonders wird man sich bei Erfüllung obiger Voraussetzung in einem Falle zur Splenektomie entschließen, wenn gleichzeitig noch weitere Indikationen zur Splenektomie vorhanden sind:

5. Ausgeprägte hämolytische Anämie,
6. Thrombopenie,
7. Panmyelopathie.

Die Splenektomie kann in solchen Fällen Gutes leisten.

Priv.-Doz. Dr. *W. Stich*, Oberarzt der I. Med. Univ.-Klinik, München 15, Ziemssenstraße 1.

Referate

Kritische Sammelreferate

Nieren und ableitende Harnwege

16. Mitteilung

von *H. Sarre* u. Mitarb.

Aus zahlreichen, in der letzten Zeit erschienenen Arbeiten über den **Elektrolythaushalt** sei hier auf einige interessante Untersuchungen hingewiesen. Es ist dem Kliniker seit etwa 20 Jahren bekannt, daß Störungen in der Zusammensetzung der Elektrolyte des Plasmas (nach Pylorusstenose, ständigem Erbrechen usw.) zu funktionellen Störungen in der Ausscheidung harnpflichtiger Substanzen führen, wobei echte Urämien mit Rest-N-Steigerungen über 300 mg% gefunden wurden. Die Zusammenhänge dieser hypochlorämischen Urämien mit Störungen im Nierengewebe selbst sind durch die Untersuchungen von Taggart und Mitarbeiter näher untersucht worden. Sie prüften in vitro-Untersuchungen über die Aufnahme von Paraaminohippursäure durch Nierenschnitte die **Einflüsse der Zusammensetzung des Ionenmilieus auf den tubulären Transport.** Sie konnten zeigen, daß die Veränderungen in der Osmolarität des Mediums bei gleichbleibender prozentualer Zusammensetzung keinerlei Einfluß auf die Aufnahme von PAH durch die Nierenschnitte hat. Jedoch führen Veränderungen in dem Verhältnis von Natrium und Kalium zueinander zu einer erheblichen Senkung des tubulären Transportes, so daß es scheint, daß ein maximaler PAH-Transport nur bei normaler Zusammensetzung des kationischen Anteils des Ionenmilieus gewährleistet ist. Aber auch der richtige Chloridgehalt scheint eine wesentliche Rolle für die Tubulusfunktion zu spielen, denn bei Ersatz des Chloridions durch andere Anionen nimmt die PAH-Aufnahme beträchtlich ab. Dabei lassen sich die untersuchten Anionen nach ihrer Fähigkeit, Chlorid zu ersetzen und die Tubulusfunktion zu erhalten, folgendermaßen aufreihen: $PO_4 > SO_4 > Br > NO_3 > J > SCN$. Diese Reihenfolge entspricht der Hochmeisterschen Reihe und deutet auf Vorgänge an den Zellmembranen hin.

Eine neuere Arbeit von Carrol weist auf die **bedenklichen Folgen** der zahllosen, oft wenig indizierten **Sulfonamid- oder antibiotischen Behandlungen** hin. In einer Rundfrage stellte der Verfasser fest, daß von 1200 befragten Personen in den USA 864 penicillinvorbehandelt waren. Die Untersuchungen stellen ferner fest, daß zwei Drittel der Befragten zu irgendeinem Zeitpunkt Antibiotika erhalten hatten. Ein Drittel der befragten Personen waren in der Anamnese mit Sulfonamiden vorbehandelt worden. Als Folge hiervon wird eine völlige Änderung der Bakterienflora auch bei den Infektionen der Niere und der ableitenden Harnwege festgestellt. Der häufigste Infektionserreger ist jetzt Bact. proteus, in der Häufigkeit gefolgt von Bact. pyocyaneus. Von den Mikrokokkeninfektionen erweisen sich nur 5% als penicillinempfindlich. Diese Tatsache wird auf die Entwicklung von Stämmen mit besonderer Penicillaseaktivität zurückgeführt. Therapeutisch wird vorgeschlagen, in Fällen von Pyozyaneusinfektionen mit Oxytetracyclin (Tetracyn) zu behandeln und mit Streptomycin. In den Fällen mit Proteusbefall wird die Behandlung mit Furadantin, Chloromycetin oder Gantrisin für aussichtsreich gehalten. Auch in deutschen Kliniken zwingt die Zunahme der Resistenz der Mikrokokken zur Verwendung neuerer und andersartiger Antibiotika. In einer Arbeit von Siewers (3) wird auf besonders gute Erfolge bei der Verwendung von **Erythromycin** hingewiesen. Insbesondere werden gute Erfolge bei Infektionen mit penicillinresistenten Mikrokokkenstämmen gefunden. Die Wirkungslosigkeit auf Bact. coli ist einerseits ein Vorteil, da die Darmflora von der Medikation unberührt bleibt, andererseits scheidet das Medikament hierdurch für die Behandlung von Koliinfektionen aus. Das Präparat ist auch bei Kindern und Säuglingen verwendbar.

In diesem Zusammenhang erscheint es erwähnenswert, daß der vor einigen Jahren unternommene Versuch, die Penicillinresistenz bestimmter Erreger durch eine Steigerung des Penicillintiters zu überwinden, aufgegeben worden ist. Im Zuge dieser Bemühungen wurde das Paradipropylsulfamylbenzoesäure-Präparat **„Benemid"** entwickelt.

Das Coronar-dilatierende Cardiacum

Oleandryl
compos.

Leistungssteigerung des Herzmuskels.
Sehr gute Verträglichkeit auch bei hoher Dosierung und Daueranwendung.
Keine Kumulationsgefahr.
Lange anhaltende Coronardilatation.
Starker diuretischer Effekt.
Wirtschaftlichkeit (50 Dragées DM 1.90).

HEINRICH MACK NACHF. ILLERTISSEN/BAYERN GEGR. 1849

RABRO-
MAGEN-TABLETTEN

bei Ulcus ventriculi
Ulcus duodeni
Gastritiden

Schnelle Schmerzfreiheit
Abheilung der Geschwüre
Keinerlei Nebenerscheinungen
Hohe Wirtschaftlichkeit

Klein-Packung mit 24 Tabletten DM 2,55 o. U.
Originalpackung · Kurpackung · Klinikpackung

LITERATUR UND MUSTER DURCH: H. TROMMSDORFF · CHEMISCHE FABRIK · AACHEN

TYROSOLVETTEN *Wetter*

ZUR PROPHYLAXE UND THERAPIE DER ERKÄLTUNGSKRANKHEITEN
TÄGLICH MEHRMALS EINE TYROSOLVETTE IM MUNDE ZERGEHEN LASSEN

Benemid hemmt zwar die tubuläre Exkretion von Penicillin, es zeigte sich jedoch, daß der Übergang auf andere Antibiotika wirksamer war als der auf diese Weise erreichte Anstieg des Blut-Penicillin-Spiegels. Boger und Strickland (4) berichten über Untersuchungen mit diesem Präparat an 2502 Patienten. Es stellte sich heraus, daß eine früher als Nebenwirkung gewertete Erscheinung jetzt in den Vordergrund des Interesses gerückt ist. Benemid wirkt **harnsäurelösend** und verhindert die tubuläre Rückresorption von Harnsäure bei gichtkranken Patienten, so daß das Präparat als Mittel der Wahl für die **Behandlung der chronischen Gicht** sowie der akuten Gichtattacken empfohlen wird (tgl. 0,5—2 mg bis zu 4 Jahre lang). Unter den Nebenwirkungen fanden sich Störungen des Magen-Darm-Kanals in 3% der Fälle (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Leibschmerzen) und vereinzelt Urtikaria und anderes. Wichtig ist aber die Möglichkeit der Mobilisierung von großen Harnsäuremengen bei der Gicht mit der Gefahr der Bildung von Uratkristallen in der Niere. Auch wurden bei einigen Patienten durch die Mobilisierung der Urate akute Gichtattacken ausgelöst. Immerhin fand Bartels (5), daß nur bei 3 Fällen von 42 Kranken mit chronischer Gicht die länger durchgeführte Benemidtherapie ohne Erfolg war. Das Benemid wird als „das Insulin der Gicht" bezeichnet.

Die Ursache und der **Ursprung der sog. „essentiellen renalen Hämaturie"** ist Gegenstand mehrerer neuerer Arbeiten. Macmahon und Latorraca (6) beschreiben **3 Fälle essentieller renaler Hämaturie,** bei denen sich nach genauerer anatomischer Untersuchung des Organs Kommunikationen einer größeren Vene mit einem Kalix fanden. Es wurde vermutet, daß solche Venenanomalien häufig Ursache ungeklärter renaler Hämaturien seien. Bogliolo und Silva de Assis dagegen finden bei der anatomischen Untersuchung solcher Nieren **Hypertrophie der Ruyterschen Zellen** vieler interlobulärer Arterien. Sie stellten einen Zusammenhang der Hypertrophie dieser Zellen mit der ungeklärten Blutung zur Diskussion, ohne sich für einen sicheren Zusammenhang auszusprechen. Fest steht jedenfalls, daß die Hypothese Günthers, immer seien entzündliche Vorgänge Ursache einer Hämaturie, durch viele gegenteilige Fälle widerlegt werden kann. Eine größere klinische und tierexperimentelle Studie zu dieser Frage liegt von Thelen und Wiegers (8) vor. Im Tierexperiment gelingt es ihnen zu zeigen, daß z. B. mit einfachem **Ureterenkatheterismus reflektorisch Regulationsstörungen der Niere mit Minderdurchblutung** des Organs, des Marks und Rindenanämie sowie eine hochgradige Blutüberfüllung im Nierenbeckenbereich, besonders im Fornixbereich, zu erzielen sind. In diesen Fällen wurde häufig das Auftreten einer renalen Hämaturie beobachtet. Der Vergleich mit klinischen Beobachtungen berechtigt sie zu der Annahme, daß vielleicht auch beim Menschen in Fällen sog. essentieller Hämaturie ähnliche Regulationsstörungen eine Rolle spielen. Die Behandlung der essentiellen Hämaturie durch Eingriffe am Nervensystem der Niere soll so verständlich werden.

Auf das **Vorkommen unkontrollierter Kochsalzverluste** bei der Behandlung von Patienten mit Ödemen verschiedenster Genese weisen Griffith und Madison (9) in einer klinischen Studie hin. Während früher die Behandlung mit kochsalzarmer Diät selten zur Senkung von Natrium- und Chloridspiegel im Plasma auf gefährliche niedrige Werte zu befürchten war — außer bei chronischer Niereninsuffizienz —, werden heute unter der kombinierten Behandlung mit **Kationenaustauschern** und **Quecksilber-Diuretika** häufiger präurämische Zustände mit Verwirrtheitszuständen gesehen, die auf einen Verlust von Kalium, Natrium und Chlorid zurückzuführen sind. Bei der Behandlung muß darauf geachtet werden, daß diese Zustände eventuell nicht nur durch eine Infusion von Kochsalzlösung behoben werden können, sondern daß ebenfalls Kalium in ausreichender Menge infundiert werden muß, da sonst durch die Kochsalzinfusion allein das Kaliumdefizit noch weiter vergrößert wird und die dadurch bedingte hypokalämische Alkalose weiter verstärkt wird. Andererseits ist es aber bei einer diagnostizierten Hyponatriämie wichtig, festzustellen, ob diese die Folge von Natriumverlust oder von Natriumverdünnung ist. So ist ein niedriger Natriumspiegel im Serum bei einem Herzpatienten, der reichlich Ödeme ausgeschwemmt und Gewicht verloren hat, sicherlich die Folge eines Natriumverlustes. Während andererseits ein ödematöser Patient mit Zeichen zunehmender Dekompensation und Gewichtszunahme, der nur wenig auf Quecksilberdiuretika anspricht, auf eine Verdünnungsnatriämie verdächtig ist. In diesem Falle würde eine Behandlung mit Kochsalzinfusionen kontraindiziert sein.

Die Ausschwemmung von Ödemen, vor allem kardialer Genese, durch Carboanhydrasehemmung mittels **„Diamox"** (p-Sulfonamidobenzoesäure) ist 1950 eingeführt worden. Sie hat sich inzwischen ihren hervorragenden Platz in der Reihe unterstützender Maßnahmen bei der Behandlung solcher Ödeme gesichert. Eine Reihe neuerer Arbeiten befaßt sich mit diesem Medikament und zeigt Erfolge und Mißerfolge auf. Eine ausführliche Arbeit über die **Pharmakologie** des Diamox von Maren, Hayer u. Wadsworth (10) kann hier nur unvollständig referiert werden. Die Hemmung der Carboanhydrase stoppt die H_2CO_3- und damit die H-Ionenbildung in den Tubuli (Pitts, Krebs u. a.). Diese stehen nun nicht mehr zum Austausch gegen Natrium im Tubuluslumen zur Verfügung. Die Folge ist eine vermehrte Natrium-, Kalium- und Wasserausscheidung, Alkalisierung und Hemmung der Ammoniakbildung im Harn, während es im Blute zur Säuerung und zum Natriumverlust kommt. Die Alkalisierung des Urins und die Azidose im Blut beruht auf einer Hemmung der Bikarbonat-Rückresorption im Tubulus mit vermehrter Ausscheidung. Die Verfasser unterscheiden eine erste sog. „Diamox-Phase" von einer zweiten oder „Erholungsphase". In der ersteren steigt die Bikarbonat-, Natrium-, Kalium- und Wasserausscheidung sowie der pH-Wert des Harnes an. Die titrierbare Azidität verschwindet ebenso wie die Ausscheidung von Ammoniak, während der Chloridgehalt unverändert bleibt. Diese Phase hält so lange an, wie der Plasma-Diamox-Spiegel über 2 γ/ccm liegt und etwa 52% des verabreichten Diamox im Urin ausgeschieden werden. In der 2. Phase ist der Urin praktisch frei von Bikarbonat, Natrium und enthält wenig Kalium und ist auch konzentrierter, während die titrierbare Azidität und Ammoniakausscheidung über Normalwerte ansteigt. So kommt es nach 18—24 Stunden zu einer Erholung des Organismus von der Azidose durch Ausscheidung von H und NH_4, so daß das Säure-Basen-Gleichgewicht wieder hergestellt wird. Bei allgemeiner Azidose, insbesondere bei **renaler Azidose,** sinkt im Blut der Bikarbonat- und CO_2-Spiegel, so daß die Wirksamkeit der Carboanhydrase und ihres Hemmers nicht zum Tragen kommt. Außerdem ist das Syndrom der renalen Azidose charakterisiert durch die Unfähigkeit, einen sauren Harn und vermehrt Phosphate, Kalium und Kalzium auszuscheiden. Dieses Syndrom ähnelt also sowieso in vieler Beziehung dem Zustand bei Hemmung der Nierencarbanhydrase (Berliner, Kennedy u. Orloff [11]). So ist es erklärlich, daß es bei **allgemeiner Azidose nicht** zu einer **Diamox-Diurese-Wirkung** kommt. Bei Nephrosepatienten hindert wahrscheinlich u. a. die extrarenale Natriumretention eine Wirksamkeit des Diamox, die ja gerade auf der gesteigerten Natriumausscheidung, die das Wasser mitreißt, im Endeffekt beruht. Nach Soldati und Balassanian (12) beträgt der Anstieg der **Diurese** durch Diamox beim **nephrotischen Syndrom** nur 50%, während bei kardialen Ödemen, die das Hauptindikationsgebiet darstellen, die Diurese um 300% und mehr erhöht ist. Bei **Leberzirrhose** sind wohl durch Gefahr der dekompensierten Azidose und fehlende Entgiftung letale Ausgänge mit Leberkoma beobachtet worden (Soldati). Kaye (13) hat die Wirkung einer einzelnen oralen Dosis **Diamox bei Nierenerkrankung** als eine Art **Test** benutzt. Im wesentlichen fand sich ein Versagen bei renaler Azidose. Es kann durch Verabreichung von Natriumzitrikum zum Teil korrigiert werden. Der **Wirkungsverlust von Diamox bei Azidose durch Ammoniumchloridgabe** entspricht den allgemeinen Vorstellungen über die Diamoxwirkung. Man gibt am besten 3 Tage lang täglich 1 Tabl. zu 0,25 g, dann Einschaltung einer mehrtägigen Pause. Als Nebenwirkung treten zuweilen Müdigkeit und Parästhesien, gelegentlich auch Diarrhöen auf (Granath [14]). Beim **Vergleich mit Quecksilberdiuretizis** ist die Wirkung bei Herzkranken manchmal besser, manchmal schlechter. Eine intensive Behandlung mit Quecksilberdiuretika verursacht eine **hypochlorämische Azidose** und dadurch ein Absinken der diuretischen Wirkung, während Diamoxbehandlung umgekehrt eine **hyperchlorämische Azidose** verursacht. Man kann also bei Patienten, die lange mit Quecksilber behandelt wurden, die Elektrolytstörung durch Diamox wieder normalisieren und dabei weiterhin Entwässerung und erneut gutes Ansprechen auf Quecksilberpräparate erzielen. Die Gabe von Diamox in zu großen Dosen oder ohne geeignete Pausen über längere Zeit führt zur Azidose und Niereninsuffizienz, insbesondere bei schon geschädigten Nieren. Im Tierversuch konnten Holtmeier, Spühler, Bühlmann und Labhart, allerdings durch **exzessiv hohe tägliche Dosen** von 60 bis 750 mg Diamox/kg Körpergewicht, Abfall des Harnstoff-Klärwertes und Anstieg des Reststickstoffes, Azidose und schließlich Anurie erzeugen. Der Harn wurde isosthenurisch. Zum Teil kam es zum Exitus. Merkwürdigerweise fanden sich keine morphologisch faßbaren Veränderungen in den Nieren trotz der **schweren Niereninsuffizienz;** ein gutes Beispiel dafür, wie wenig schwere funktionelle Störungen der Niere bis zur Anurie und Urämie **ohne morphologisch faßbaren Befund** bleiben können (siehe die Diskussion über das sog. „extrarenale" Nierensyndrom!).

Schrifttum: 1. Taggart, J. V., Silverman, L. u. Trayner, E. M.: Amer. J. Physiol., 173 (1953), S. 345. — 2. Carrol, W.: J. Urol., 73 (1955), S. 609. — 3. Siewers, K. W.: Dtsch. med. Wschr., 80 (1955), S. 961. — 4. Boger, W. P. u. Strickland, S. C.: Arch. Intern. Med. (USA), 95 (1955), S. 83. — 5. Bartels: Ann. int. Med., 42 (1955), S. 1. — 6. Macmahon, H. E. u. Latorraca, R.: J. Urol., 71 (1954), S. 667. — 7. Bogliolo u. Silva de Assis: Zschr. Urol., 47 (1954), S. 587. —

8. Thelen, A. u. Wiegers, H.: Langenbecks Arch. u. Dtsch. Zschr. Chir., 277 (1954), S. 547. — 9. Griffith u. Madison. — 10. Maren, T. H. u. Hayer, E. u. Wadsworth, B. C.: Bull. John Hopkins Hosp., 95 (1954), S. 199. — 11. Berliner, R. W., Kennedy, Th. J. jr. u. Orloff, J.: Amer. J. Med., 11 (1951), S. 274. — 12. Soldati, L. de u. Balassanian, S.: Rev. argent. Cardiol., 21 (1954), S. 74. — 13. Kaye, M.: J. clin. Invest., 34 (1955), S. 277. — 14. Granath, A.: Sv. Läkartidn. (1954), S. 3351. — 15. Holtmeier, H. J., Spühler, O., Bühlmann, A. u. Labhart, A.: Helv. Med. Act., 20 (1953), S. 328.

Anschr. d. Verf.: Freiburg i. Br., Med. Univ.-Poliklinik, Johanniterstr. 6.

Buchbesprechungen

Viktor E. Frankl: Ärztliche Seelsorge. 6. Aufl., 208 S., Verlag Franz Deuticke, Wien 1952. Preis: Gzln. DM 14—.

Ärztliche Seelsorge soll nach Frankls Worten kein „Ersatz" für Religion sein; es handelt sich bei ihr nicht darum, mit der kirchlichen Seelsorge zu konkurrieren, sondern den Kreis ärztlichen Handelns auszuschreiten und die Möglichkeiten ärztlichen Tuns auszuschöpfen. Aufgabe ärztlicher Seelsorge ist es, den Menschen, die sich in seelischer Konfliktsituation nicht an den Geistlichen, sondern an den Arzt wenden — und solcher Menschen gibt es heute viele —, zu helfen, sich ihrer eignen Verantwortung bewußt zu werden und sie zu befähigen, aus diesem Verantwortungsbewußtsein heraus die für sie notwendigen Entscheidungen selbst zu treffen. Der Arzt soll also nicht etwa dem Kranken Entscheidungen abnehmen, ihm auch nicht welche aufdrängen, sondern nur ihm den Weg zu eigner Entscheidung zeigen. Daß hier dem Arzt, und nicht nur dem Psychotherapeuten, eine große Aufgabe zugewiesen wird, die an sein Können und seine Persönlichkeit die höchsten Anforderungen stellt, bedarf keines Beweises. Der Arzt aber darf an dieser Aufgabe nicht sich vorbeidrücken wollen mit einigen schönen Worten oder einem leichten Schulterklopfen, sondern muß sich in ernster Weise mit ihr auseinandersetzen, zumal wenn seelische Konflikte eines Patienten zu organischen oder funktionellen Erkrankungen führen, oder wenn sich auf dem Grund solcher Erkrankungen seelische Konflikte herausbilden.

Frankls Ausführungen, die sich durch logischen Aufbau auszeichnen, gehen von der Überlegung aus, daß Mensch-sein bedeutet Bewußt-sein und Verantwortlich-sein. Die beiden großen Systeme der Psychotherapie, Psychoanalyse und Individualpsychologie, erfassen aber jeweils nur eine dieser beiden Aufgaben, die erste die Bewußtheit des Menschen, die zweite die Verantwortlichkeit. Frankl fordert nun eine Psychotherapie, die nicht nur, wie es bisher geschah, den Bereich des Physischen und den des Psychischen, sondern darüber hinaus auch den Bereich des Geistigen einbezieht, eine Psychotherapie „vom Geiste her", welche die Aufgabe hat, „sich in sachlicher Debatte der geistigen Not des seelisch kranken Menschen anzupassen", und welche es vermag, dem Kranken „Halt im Geistigen" zu geben. Für diese prägt F. die Bezeichnung „Logotherapie". Sie sucht in der „Existenzanalyse" das Bewußtsein des Verantwortlichseins zu wecken und wird damit eine Psychotherapie „aus dem Geiste des Verantwortungsbewußtseins". Dieses aber fragt nach dem Sinn dessen, dem gegenüber wir uns verantwortlich fühlen sollen.

In klar durchdachten, von Gedankentiefe und reifem Urteil des Verfassers zeugenden Kapiteln behandelt F. heute so wichtige Fragen, wie Sexualnot, Erotik, Liebe, Pubertät, Ehe, Prostitution.

Im zweiten Teil des Buches behandelt F. die spezielle Existenzanalyse, die er als Analyse des seelischen Krankseins auf Verantwortlichkeit hin definiert. In theoretischen Darlegungen und an Hand praktischer Erfahrungen zeigt er die Behandlung der Angstneurosen, Zwangsneurosen, Melancholie und Schizophrenie nach der Methode der Logotherapie, die zu beachtlichen Erfolgen führen kann.

Man kann in Einzelheiten, je nach dem weltanschaulichen Standpunkt, den man einnimmt, von F.'s Ansichten abweichen. Den Grundgedanken seines Buches kann man unbedingt zustimmen. F.'s Sprache ist klar und einfach, eindringlich, aber ohne aufdringliches Pathos. Trotzdem erfordert die Lektüre des Buches angespannte Aufmerksamkeit auch des in der Materie nicht mehr fremden Lesers, die durch den reichlichen Gewinn, den sie vermittelt, belohnt wird. Das Buch ist nicht nur zum Nutzen unserer Kranken geschrieben, auch dem Arzt selbst vermittelt es viele wertvolle Anregungen für die Gestaltung seines beruflichen und persönlichen Lebens.

Dr. med. *R. Smets*, Würzburg.

Hans Lungwitz: Psychobiologie der Volksseuche Neurose. 92 S., Verlag Walter de Gruyter & Co., Berlin 1951. Preis: brosch. DM 6,40.

Die von dem Verfasser begründete Psychobiologie ist „die Wissenschaft vom gesunden und vom kranken Menschen auf der Grundlage der Erkenntnis, daß der Mensch ein rein biologischer Organismus ist, also auch die sogenannten seelisch-geistigen Vorgänge und Erscheinungen biologische sind". In seiner Gesamtheit und seinen Organfunktionen, in seinen Eigenschaften und seinem Bewußtsein ist der Mensch ein Reflexwesen, in dem das Leib-Seele-Problem medizinisch und philosophisch aufgeht. Die Krankheit stellt sich dann als Infantilismus dar, indem einzelne Reflexsysteme in der Entwicklung zurückbleiben, während andere bereits eine höhere Stufe erreicht haben. In kompendiöser, aber klarer Form wird eine Einführung in die Grundbegriffe der normalen und pathologischen Psychobiologie gebracht, darauf die Darstellung von Wesen, Typik, Diagnose, Therapie und Prophylaxe der Neurose aufgebaut und die Beziehung zur Sozialhygiene und Sozialtherapie umrissen. Die Behandlung gründet sich auf eine „Erkenntnistherapie". Sie ist ein ärztlich-philosophischer Unterricht, der „den Kranken aus allen seinen weltanschaulichen Zweifeln aufklärend — aufbauend zur realistischen Erkenntnis" emporführt. Aus dem Buche wird jeder reiche Anregung schöpfen, der sich aus Pflicht oder Neigung mit der Volksgesundheit zu beschäftigen hat; er wird aber auch den Wunsch bekommen, tiefer in die Lungwitzsche Lehre einzudringen. Diese hat er in umfassender Weise in seinem achtbändigen „Lehrbuch der Psychobiologie" dargestellt, das im gleichen Verlage mit bisher 7 Bänden erschienen ist.

Min.-Rat Prof. Dr. med. *E. Gerfeldt*, Düsseldorf.

Kongresse und Vereine

Bericht über das 6. Neurovegetative Symposion in Straßburg

Die 6. Wiederholung der seit 1950 von Prof. A. Sturm, Wuppertal, veranstalteten Neurovegetativen Symposien fand auf Einladung des Dekans der Medizinischen Fakultät Straßburg, Prof. Fontaine, vom 29. 9. bis 1. 10. 1955 in Straßburg statt. Das wissenschaftliche Programm des Symposions mit dem Thema „Die neurovegetative vaskuläre Regulation" war von Prof. Kayser (Physiologisches Institut der Universität Straßburg) aufs beste vorbereitet worden.

Der morphologische Teil des Symposions wurde eingeleitet durch ein Referat von V. Jabonero (Oviedo) über die **efferente Nervenversorgung der Gefäße,** deren distales, nervöses Synzytium eine „Synapse auf Distanz" darstellt mit der Fähigkeit, nach nervöser Erregung durch die postganglionäre Faser einen chemischen Mediatstoff freizusetzen, der via Gewebsflüssigkeit die Gewebselemente der Blutgefäße beeinflußt. — G. Lazorthes (Toulouse), und Kiss (Budapest) nahmen zur **Frage der gefäßerweiternden Nerven** kritisch Stellung, wobei Lazorthes die Existenz einer vegetativen Doppelinnervation der Gefäße verneinte und die Gefäßerweiterung mit der zentral oder peripher ausgelösten Aufhebung des Konstriktorentonus zu erklären versuchte. — E. van Campenhout (Loewen) demonstrierte **neurofibrilläre Strukturen der Darmgefäß- und Darmmuskelzellen** und deutete die im terminalen Synzytium liegenden Zwischenzellen im Sinne von Stöhr, Boeke und Meyling. — Auf den morphologisch nachweisbaren **Reizzustand des peripheren Nervensystems nach primären Kälteschäden** machten G. Lassmann und P. Fuchsig (Wien) aufmerksam. — P. Vonwiller (Rheinau) zeigte, wie sehr durch Anwendung der **Dünnschnittmikrotomie** (mit Schnittdicken von $^1/_7$ bis $^1/_{10}$ Mikron) die anatomische Erforschung der nervösen Endigungen im Gewebe intensiviert werden kann. — A. Bullon (Sevilla) erzeugte **durch Ganglienausrottung Degenerationen der Neurofibrillen** der vaskulären Nervengeflechte als Beweis dafür, daß die Ernährung derselben von den Neuronen des Nervenknotens abhängt.

Im physiologischen bzw. pathophysiologisch-klinischen Teil des Symposions besprach M. Mosinger (Coimbra) das Ineinandergreifen der nervösen, neurohormonalen und spezifischen hormonalen Prozesse in der Physiologie und Pathologie der Gefäßsyndrome, d. h. die **Bedeutung des sog. neuro-ergonalen Systems.** — Nach A. Fleisch (Lausanne) gibt es eine **nutritive Gewebssensibilität** am Ort der Entstehung von intermediären Stoffwechselprodukten, die, je nach Intensität, periphere oder auch zentral wirksame afferente vasodilatative Impulse im Bereich des Blutbedarfs erzeugen unter gleichzeitiger Vasokonstriktion in den kollateralen Gebieten; der aszendierende nutritive Reflex, damit die Hyperämie des Gewebes, kann durch Novocain ausgeschaltet werden; daneben ist auch eine direkte chemische (nutritive) Beeinflussung des Vasomotorenzentrums möglich. — U. F. v. Euler (Stockholm) referierte den derzeitigen Stand der experimentellen Forschung über vasokonstriktorische adrenergische Nerven, noradrenergische (koronare) **Vasodilatation,** parasympathische und sympathische cholinergische Vasodilatation und die noch nicht sicher bewiesenen histaminergischen Nerven. — Mit elektrophysiologischer Technik untersuchte Y. Zottermann (Stockholm) die **Korrelation zwischen Dehnbarkeit der Arterienwand, Blutdruck und Impulsaktivität der depressorischen** (barozeptiven) **Afferenzen im Sinus caroticus,** Aortenbogen und Herzvorhof. — M.

Ratschow (Darmstadt) besprach als interner Kliniker die **regulativen Ausgleichreaktionen im Bereich der peripheren Strombahn** durch Endstromgefäße, kollaterale und arteriovenöse Anastomosen, die alle, je nach Lebensalter, an verschiedene Steuerungsvorgänge gebunden sind. Die Prognosestellung bei arteriellen Verschlußkrankheiten setzt die einigermaßen richtige Beurteilung der regulativen Ausgleichsmöglichkeiten mittels örtlicher Druckmessungen in den Gefäßen voraus. Hierbei bewährte sich besonders die von Marx und Schoop (Darmstadt) aufgezeigte fortlaufende **Registrierung des Kapillardrucks und arteriellen Drucks.** — Die Verwendung der **Rheoangiographie nach Kaindl** zur Beurteilung der Hirngefäßdurchblutung und Leberdurchblutung empfahlen V. Malamani und G. P. Brangi (Pavia) sowie Koecke (Wuppertal), während Kaindl (Wien) seine Methode ausschließlich auf die Erfassung der peripheren Durchblutung beschränkte unter Demonstration der rheoangiographisch darstellbaren neurovegetativen Auswirkungen stenokardischer Anfälle auf das periphere Gefäßsystem. — H. Laborit (Paris) wandte die Beziehungen zwischen **Polarisation,** Durchlässigkeit der Zellmembranen, Muskeltonus, Ionenaustausch (K, Ca, Na) und Reizempfindlichkeit der Zellen auf die glatten Muskelzellen der Gefäße an und legte dar, daß jeder depolarisierende Stoff blutgefäßverengernd wirkt; hierbei muß eine Gefäßatonie mit Depolarisation der glatten Muskelzellen unterschieden werden von einer Vasoplegie durch Überpolarisation, wie sie durch pharmakologische Neuroplegika der potenzierten Narkose zustande kommt. — F. A. Nelemans (Utrecht) trennte die echten nichtinnervierten **Kapillargefäße,** die nur bei größerem Blutbedarf im Gewebe sich öffnen, von den nervös versorgten und pharmakologisch anders als die Kapillaren beeinflußbaren Hämodukten, durch die das Blut ständig fließt. — C. H. Kimura (Kyoto) studierte, ausgehend von Untersuchungen anästhetischer Hautzonen von Leprakranken, die **Hautsensibilität** unter der Wirkung von Kälte, elektrischen und pharmakologischen Reizen (Adrenalin, vor und nach Exstirpation des Glomus caroticum). — Aus dem **Verhalten der Venen nach lokalen Gewebsschädigungen** (Vereisung) und Anästhesie (Sympathektomie) schloß D. Gross (Frankfurt) auf einen nervösen Zusammenhang von Arterien und Venen über die Peripherie. — Nach H. Hermann und I. Cier (Lyon) dient das Nervensystem zur Integration der peripheren Gefäßveränderungen durch **physikalische Thermoregulation bei Kältewirkung.** — W. Wernitz (Wuppertal) untersuchte mit gasanalytischen, röntgenologischen, kapillarmikroskopischen und radiojodtechnischen Methoden die **Wirkung von intraarteriellen Sauerstoffeinblasungen,** die sich als Therapie von schweren Durchblutungsstörungen der Beine (auch bei bereits bestehender peripherer Gangrän) sehr bewährten (A. Sturm, Wuppertal). R. Singer (Wien) schilderte das Bild der **akuten arteriellen Zirkulationsstörungen bei Organopathien** und ihre Beziehungen zu neurovegetativen Kreislaufstörungen und gab unter Auswertung des großen Krankengutes eines Wiener Ambulatoriums für Kreislaufkranke eine therapeutische Erfolgsstatistik nach Anwendung von intraarteriellen Acetylcholin-Injektionen. Nach Singer ist der neural gesteuerte örtliche Krampfzustand der kleinsten Arterien entscheidend für die weiteren **Folgeerscheinungen von Angioorganopathien.** — G. S. Donati und L. Peruzzo (Pavia) verwandten Ganglienblocker zur **Erkennung (und Besserung) der spastischen Komponenten** in den verschiedenen Stadien der organischen Gefäßveränderungen. — Nach E. Malan (Parma) bedingt **Sympathektomie** eine überschießende Reaktion der Gefäßmuskelzellen auf Adrenalin bzw. Noradrenalin; die Wiederherstellung der sympathischen Bahnen nach Sympathektomie ist nach M. außerordentlich selten, dagegen kommt es im Laufe der Zeit zur Steigerung der funktionellen Aktivität der durch die Operation nicht erfaßten bzw. nicht unterbrochenen sympathischen Fasern. — G. Tardieu, C. Tardieu und J. Pocidale (Paris) stellten fest, daß die **Kreislaufstörungen,** die **nach Läsion des Hirnstamms** (Einspritzung von reizenden Substanzen in das Mesenzephalon) auftreten, nicht durch die vasomotorischen Zentren in der Medulla oblongata vermittelt werden, sondern direkte, die arteriovenösen Kapillaren treffende Phänomene sind. — G. Pellegrini (Pavia) besprach die im Dienzephalon, in der Medulla oblongata und in den Ganglien organisierten **Reflexe,** die für die Veränderungen der Gesamtblutmenge und der **Blutmenge** in den einzelnen Gefäßgebieten verantwortlich sind; nach ihm bedingt bei der peripheren Kreislaufinsuffizienz die relative arterielle Blutdrucksenkung durch Reizung der vasopressorischen Zonen eine Beschleunigung der Strömungsgeschwindigkeit und damit einen stärkeren venösen Zustrom zum Herzen. — J. Adams-Ray (Stockholm) machte auf die höhere Einstellung des vasokonstriktorischen **Gefäßtonus in den unteren Extremitäten** aufmerksam; die zur weißen Hautschrift neigende Haut der Beine ist viel reicher an Noradrenalin als die Haut des Abdomens. — P. Wertheimer und I. de Rougemont (Lyon) warnten vor einer Überwertung der therapeutisch verwendbaren Auswirkungen einer pharmakologischen oder operativ durchgeführten **Ausschaltung des Halssympathikus** auf zerebrale Gefäßstörungen im Sinne einer Gefäßerweiterung durch Lähmung der Konstriktoren; die Erfahrungen an den Extremitäten dürften nicht ohne weiteres auf die Hirngefäße übertragen werden. — W. Birkmayer (Wien) beobachtete nach **Stellatuminfiltration auf der Seite des Hirnherdes** bei alten Apoplektikern einen Anstieg der Hauttemperatur in den kontralateralen paretischen Extremitäten. — A. de Sousa Pereira (Porto) untersuchte tierexperimentell die **neurovaskuläre Genese der Magen-Darm-Geschwüre** unter besonderer Berücksichtigung des Einflusses der sympathischen Innervation auf das peptische Geschwür und hob die besondere Bedeutung psychischer Reize via Hypothalamus hervor.

Außerhalb des Themas des Symposions demonstrierten M. Sanders, M. G. Soret, B. Akins (Miami) an Hand eines Films die Wirkung der subkutanen Injektion des zum Toxoid abgeschwächten **Giftes der südamerikanischen Klapperschlange** auf die bei Macacus rhesus durch intrazerebrale Einspritzungen erzeugte galoppierende **Poliomyelitis** (vom Typ Brunhilde); das Toxoid vermag die Blutliquorschranke zu durchdringen und macht durch Beeinflussung enzymatischer Vorgänge die Nervenzellen des Zentralnervensystems als Virusnährboden ungeeignet; die Untersuchungen wurden an 4000 Affen und 30 000 Mäusen durchgeführt.

(Sämtliche Referate und Vorträge erscheinen in einem Sonderband der „Acta neurovegetativa", Frühjahr 1956.)

Ein Empfang beim Rektor der Universität Straßburg und ein Bankett, zu dem die Medizinische Fakultät Straßburg einlud, gab dem Symposion einen sehr festlichen Rahmen. Prof. *A. Sturm,* Wuppertal.

Oberhessische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde, Medizinische Abteilung, Gießen

Sitzung am 23. November 1955

H. Lapp, Pathologisches Institut Gießen: **Über das Angiomyom der Haut.** Die relativ seltenen Angiomyome (nicht zu verwechseln mit Leiomyomen) der Haut zeigen histologisch — untersucht an 12 eigenen Beobachtungen — einen Aufbau aus stark geschlängelten bzw. aufgeknäuelten, dickwandigen Arterien vom Bau der Polster- und Sperrarterien und aus muskelstarken Venen, eingelagert in ein leiomyomatöses Grundgewebe. Zwischen Arterien und Venen kommen, wie in anderen Hämangiomen, direkte Verbindungen vor, ferner in den Gefäßwänden Polster und mehrschichtige Mäntel aus abgerundeten hellen, myofibrillenfreien Zellen ähnlich den epitheloiden Zellen der Glomusorgane. Beide histologische Merkmale berechtigen aber nicht zu dem Schluß, die Angiomyome von arteriovenösen Anastomosen und Glomusorganen abzuleiten oder sie mit den Massonschen Glomustumoren für identisch oder nahe verwandt zu halten. Die von einer bindegewebigen Kapsel umgebenen, stets gutartigen (klinisch nicht selten schmerzhaften), altersmäßig über fast alle Lebensjahrzehnte verteilten, in ihrem Wachstum begrenzten (ausnahmsweise kirschgroß, meist erbsengroß und kleiner) Geschwülste liegen in der Tiefe der Kutis an der Grenze zur Subkutis, vorwiegend am Unterschenkel, im Knie- und Knöchelbereich (9 der 12 eigenen Beobachtungen), wo Glomusorgane — wenigstens normalerweise — nicht existieren.

R. Rühl, Chirurgische Klinik, Gießen: **Zur Klinik und Pathologie der tuberkulösen Hiluslymphknoten.** Einbrüche tuberkulöser Hilus- und Mediastinallymphknoten in den Bronchialbaum sowie Kompressionen der Atemwege oder narbige Verziehungen des Bronchialrohres durch spezifische endothorakale Drüsen erfordern gelegentlich ein operatives Vorgehen. Zur Klärung der praktisch wichtigen Frage, nach welchen Gesichtspunkten bei Lungenresektionen wegen Tuberkulose die Hiluslymphknoten vorsorglich mit zu entfernen sind, wurden bei 100 lungenresezierten Tuberkulosekranken zusätzlich Hilusdrüsen exstirpiert und eingehend histologisch untersucht. In mehr als 50% konnten in den Drüsen spezifische Veränderungen nachgewiesen werden. Bei den umschriebenen verkästen Rundherden (Tuberkulomen) waren die Hilusdrüsen fast ebenso häufig tuberkulös befallen wie bei ausgebreiteten tuberkulösen Lungenprozessen. Vorwiegend handelte es sich dabei um eine geringgradige Durchsetzung der Lymphknoten mit miliaren Tuberkeln, während ausgedehnte Verkäsungen nur in einem relativ geringen Prozentsatz festzustellen waren. In Fällen, bei denen eine längerdauernde tuberkulostatische Vorbehandlung erfolgt war, konnten, solange noch keine stärkeren Verkäsungen bestanden, nicht selten Veränderungen im Sinne einer bindegewebigen Ausheilung der Lymphknotentuberkulose nachgewiesen werden. Während der letzten 3 Jahre wurden in der Chirurgischen Klinik Gießen insgesamt 8 Kranke wegen einer durch tuberkulöse Hilusdrüsen bedingten Atemwegsverlegung operiert. Trotz Ausschöpfung aller diagnostischen Möglichkeiten ist die präoperative Erkennung der tuberkulösen lymphadenogenen Grundlage

einer Bronchusstenose nicht immer leicht, besonders bei Fällen, in denen kein direkter Bronchuseinbruch, sondern nur eine Kompression des Bronchus von außen vorliegt, so daß eine histologische Verifizierung durch eine Probeexzision bei der Bronchoskopie nicht möglich ist. Der Entschluß zur Thorakotomie sollte gefaßt werden, bevor es zu irreparablen Lungenkomplikationen gekommen ist. Je früher man eingreift, desto eher besteht die Aussicht, daß man sich mit der Exstirpation des tuberkulösen Drüsenpaketes begnügen kann und nicht gezwungen ist, zusätzlich Lungengewebe zu opfern.

E. Heinke, Hautklinik Gießen: **Zur Therapie der männlichen Sterilität an Hand mehrjähriger Patienten-Beobachtungen.** Aus der Endokrinologischen Arbeitsgemeinschaft und der Hautklinik Gießen berichtet Referent über das Ergebnis einer Therapie an sterilen Männern auf Grund einer vierjährigen Beobachtungszeit. Der Therapie liegt das von Heckel und Rosso 1951 publizierte „rebound-Phänomen" zugrunde.

Insgesamt wurden 23 Patienten dieser Behandlung mit hohen Testosterongaben unterzogen. Das Mittel der sterilen Ehejahre der Patienten betrug 5,1 (2—12); die Beobachtungsdauer der einzelnen Männer 2—4 Jahre; die Behandlungsdauer mit Testosteron im Mittel 8,8 Wochen. Insgesamt wurden pro Patient durchschnittlich 1200 mg Testosteron pro Kur (400—600 mg pro Monat und ungefähr 140 mg wöchentlich) verabfolgt.

Im Laufe der vier Beobachtungsjahre kam es bei 21 Ehefrauen der Patienten (von den 23 Patienten war einer ledig und eine Ehefrau eines Pat. nachweislich steril) achtmal zu Konzeptionen. Hierbei kam es sechsmal zu einem Partus, einmal zu einer Fehlgeburt (Mens VI) und einmal zu einem Abort (Mens III).

Weiterhin wurden u. a. an typischen Beispielen in extenso die Abläufe der Spermiogramme einschließlich Zytogrammen usw., die über mehrere Jahre hinweg unter dieser Therapie beobachtet wurden, an Hand von Verlaufskurven demonstriert.

Referent kommt zu dem Schluß, daß die dem „rebound-Phänomen" zugrunde liegende Therapie an infertilen Männern bei geeigneter Auswahl der Patienten ein durchaus befriedigendes Ergebnis zeitigt. Die Therapie erfordert jedoch einen erheblichen Aufwand an diagnostischen und kontrollierenden Untersuchungen (Hodenbiopsie, Hormone, Ejakulate u. a.). Sie sollte daher nur dort durchgeführt werden, wo über die notwendigen Einrichtungen und Erfahrungen verfügt wird. *(Selbstberichte.)*

Kleine Mitteilungen

Tagesgeschichtliche Notizen

— Das neue Isotopenlaboratorium in Wuppertal-Elberfeld wurde seiner Bestimmung übergeben. Es zählt zu den modernsten Anlagen in Europa und soll vor allem der Heilmittelforschung dienen. Mit Hilfe radioaktiver Stoffe, die in das Versuchsmedikament eingebaut werden, kann man den Weg der einzelnen Stoffe im Organismus der Versuchstiere genau verfolgen. Ähnliche Untersuchungen sollen auch mit Pflanzenschutzmitteln durchgeführt werden. Es ist vor allem wichtig zu erfahren, wann die für den Menschen oft schädlichen Stoffe die Pflanze wieder verlassen. Beim Bau des Laboratoriums wurde besonderer Wert auf die Strahlenschutzeinrichtungen gelegt und auf die Strahlenüberwachungsgeräte. Ein besonderes Kontrollgerät wurde für die Fußböden entwickelt. Sobald es über eine radioaktiv verseuchte Stelle geschoben wird, ertönt ein Signal, und der Geigerzähler schlägt aus. Durch diesen „Atomstaubsauger", wie das Gerät wegen seines Aussehens genannt wird, will man vor allem verhindern, daß die Mitarbeiter an den Schuhsohlen radioaktive Stoffe verschleppen. Zur Ableitung der radioaktiven Abwässer wurden besondere Leitungen gelegt, die im Keller in vier große Tanks münden. Dort muß das Wasser so lange lagern, bis die Radioaktivität verschwunden ist und das Wasser ohne Gefahr für die Bevölkerung in die öffentliche Kanalisation geleitet werden kann.

— Zur Konservierung von Zitrusfrüchten wird im allgemeinen Thioharnstoff verwendet. Diese Substanz ist zwar nicht als Gift im eigentlichen Sinne zu betrachten, doch muß beim ständigen Genuß auch kleinster Mengen mit möglichen langfristigen Wirkungen gerechnet werden. Die Früchte werden durch Bespritzen oder Eintauchen in den Thioharnstoff behandelt und bleiben auch nach längeren Reisen in entfernte Verbraucherländer frisch im Aussehen. Bisher wußte man nicht, wieviel die Früchte von solch einem Konservierungsmittel aufnehmen, es fehlte ein brauchbares Analyseverfahren. Im chemischen Institut in Mainz ist es nun kürzlich gelungen, mittels einer „radiometrischen" Analyse den Thioharnstoffgehalt bis auf Bruchteile eines Milligramms genau zu bestimmen. Die Schwefelatome der Thioharnstoffmoleküle werden durch das künstliche, im Atomreaktor hergestellte Schwefel-Isotop 35 ersetzt. Dieses Isotop sendet Betastrahlen aus, die mit dem Geigerzähler gemessen werden können. Dabei zeigte sich, daß eine Frucht bis zu einigen Milligramm Thioharnstoff enthalten kann. Im Fruchtfleisch ist glücklicherweise nur sehr wenig vorhanden, die Hauptmenge sitzt in und auf der Schale. Gutgeschälte Früchte dürften also als ungefährlich gelten, vorausgesetzt, daß man beim Schälen keinen Thioharnstoff verschleppt, der locker an der Schale haftet. Am besten ist es, Orangen und Zitronen vor dem Schälen mit Wasser abzuwaschen. Die Schalen selber sollten aber weder gegessen noch kandiert oder in den Kuchen gerieben werden. Daß Thioharnstoff krebsfördernd oder krebserzeugend sei, ist bisher nicht bewiesen, doch pflegen Ursache und Wirkung auf diesem Gebiet manchmal um Jahrzehnte auseinander zu liegen.

— Angestellte und Abnehmer von Kremgebäcken einer indischen Bäckerei erkrankten an Paratyphus B. Der gleiche Erreger wurde in gefrorenen Eiern aus China festgestellt, die zur Herstellung dieser Backwaren verwendet worden waren.

— Die Deutsche Röntgengesellschaft hat einen Holthusen-Ring gestiftet, der jährlich jüngeren Mitgliedern, die sich durch hervorragende wissenschaftl. Arbeiten ausgezeichnet und als Persönlichkeiten erwiesen haben, verliehen werden soll. Die mit dem Ring ausgezeichneten sollen das 45. Lebensj. noch nicht vollendet haben.

— Vom 4. bis 25. März 1956 veranstaltet die Gießener Akademie für medizinische Forschung und Fortbildung im Einvernehmen mit dem Verband Deutscher Badeärzte und dem Österreichischer Badeärzte einen Fortbildungskurs in Bäder- und Klimaheilkunde. Neben den Dozenten der Gießener Akademie, denen besonders klinische Demonstrationen und Praktika zufallen, berichten zahlreiche Forscher aus Deutschland, aus Österreich, aus der Schweiz über balneologische und klimatologische Spezialgebiete. — Dazu werden die Bäder Hessens besucht. Vor allem das Gießen seit langen Jahren eng verbundene Bad Nauheim mit Vorträgen und Demonstrationen auf dem Gebiet der Kreislaufpathologie, ferner Bad Schwalbach, Schlangenbad, Bad Salzuflen, Bad Soden und Wiesbaden sowie das benachbarte Bad Ems mit Vorträgen über die Indikationen des jeweiligen Badeortes. — Die traditionelle Bäderreise führt diesmal vom 21. bis 25. März 1956 in die linksrheinischen Badeorte Bad Aachen, Bad Neuenahr, Bad Bertrich, Bad Kreuznach, Bad Münster a. St. und Bad Dürkheim. Auskunft, Prospekte und Anmeldung durch Prof. Gg. Herzog, Gießen, Pathologisches Institut, Klinikstr. 32 g.

— Ein Internationaler Kongreß für Medizinische Röntgenographie wird von der Internationalen Vereinigung gegen die Tuberkulose vom 4. bis 7. April 1956 in Paris veranstaltet. Anfr. an d. Sekretariat, 66 Boulevard Saint Michel, Paris 6e.

— Tagung der Süddeutschen Orthopäden-Vereinigung in Baden-Baden vom 28. April bis 1. Mai 1956. Vorsitzender: Dr. med. Joseph Hilgers, Facharzt für Orthopädie, München 15, Herzog-Heinrich-Straße 18/II.

— Prof. Dr. med. F. Falkenburger, Direktor des Institutes für menschliche Stammesgeschichte an der Universität Mainz wurde vom französischen Außenministerium zum Chevalier de la Légion d'Honneur ernannt.

Hochschulnachrichten: Heidelberg: Prof. Dr. med. H. Wimhöfer, langj. Oberarzt an der Univ.-Frauenklin., wurde zum Chefarzt der gynäkolog. Abt. des St.-Joseph-Stiftes in Bremen berufen.

Marburg a. d. Lahn: Prof. Dr. K. Herzberg erhielt einen Ruf auf den Lehrstuhl für Hygiene in Frankfurt a. M.

Tübingen: Dr. med. Victor Probst, Oberarzt und kommiss. Leiter der Univ.-Frauenklinik, wurde zum Leiter der Städt. Frauenklinik in Sontheim gewählt.

Beilagen: **Uzara-Werk,** Melsungen. — **Dr. Winzer,** Konstanz.

Bezugsbedingungen: Vierteljährlich **DM 6.40,** für Studenten und **nicht vollbezahlte Ärzte DM 4.80** vierteljährlich zuz. DM —.75 Postgebühren. In der **Schweiz** Fr. 10.— einschl. Postgeld; in **Österreich** S. 40.— einschl. Porto; in den **Niederlanden** hfl. 5.80 + 2.35 Porto; in **USA** $ 1.55 + 0.65 Porto; **Preis des Heftes 0.80.** Die Bezugsdauer verlängert sich jeweils um 1/4 Jahr, wenn nicht eine Abbestellung bis zum 15. des letzten Monats eines Quartals erfolgt. Alle 8 Tage erscheint ein Heft. Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Landes und Dr. Hans Spatz, München 38, Eddastr. 1, Tel. 30477. Verantwortlich für den Anzeigenteil: Karl Demeter Anzeigen-Verwaltung, Gräfelfing vor München, Würmstr. 13, Tel. 89345. Verlag: J. F. Lehmann, München 15, Paul-Heyse-Str. 26, Tel. 56396. Postscheck München 129, Konto 408 264 bei der Bayerischen Vereinsbank München. Druck: Carl Gerber, München 5, Angertorstraße 2.

/1955

0 mg
0 mg

der
efrau
kam
VI)

die
die
rden,

nen"
neter
itigt.
dia-
psie,
führt
ngen
chte.)

chen
eger
lung

o l t-
sich
Per-
Ring
ben.

k a -
o i l -
und
in
der
und
aus
sche
Vor
heim
lauf-
Bad
ägen
helle
nks-
Bad
Pro-
tho-

c h e
gung
eran-
s 6e.
e r -
1956.
ädie,

s für
vom
Hon-

i m -
Chef-
ifen.
Ruf

niss.
uen-

chl.
ich
ift-
vor
nk

DOES NOT CIRCULATE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
FEB 3 - 1956
MEDICAL LIBRARY

S. 1733—1752

Münch. med. Wschr.

Münchener Medizinische Wochenschrift

Herausgegeben von

G. v. Bergmann, München / W. Bickenbach, München / G. Bodechtel, München / A. Brunner, Zürich / M. Bürger, Leipzig / A. Butenandt, Tübingen
G. Döderlein, Jena / G. Domagk, Wuppertal-Elberfeld / H. Eymer, München / A.W. Forst, München / E. K. Frey, München / O. Goetze †, Erlangen
J. Hämel, Jena / L. Heilmeyer, Freiburg i. B. / A. Herrmann, München / F. Hoff, Frankfurt a. M. / G. Hohmann, München / W. Hueck, München
K. Kißkalt, München / F. Koelsch, Erlangen / K. Kolle, München / E. Kretschmer, Tübingen / W. Laves, München / K. Lydtin, München
A. Marchionini, München / P. Martini, Bonn / K. Matthes, Heidelberg / H. Meyer, Marburg / L. R. Müller, Erlangen / H. Neuffer, Stuttgart
W. Rohrschneider, München / G. Schaltenbrand, Würzburg / W. Stepp, München / G. Stertz, München / R. Wagner, München / A. Wiskott, München

Schriftleitung: G. Landes, Landshut, und H. Spatz, München 38, Eddastraße 1 — Unter Mitarbeit von G. Hohmann, W. Hueck und K. Lydtin

Verlag: J. F. Lehmann, München 15, Paul-Heyse-Straße 26

Alleinige Anzeigen-Annahme: Karl Demeter Anzeigen-Verwaltung, Gräfelfing vor München, Würmstraße 13 — Fernsprecher 8 93 45

Bezugsgebühren: Vierteljährlich DM 6.40. Vorzugspreis für Studenten und Ärzte in nicht vollbezahlter Stellung DM 4.80 zuzüglich Postgeld

NR. 52 — MÜNCHEN, DEN 30. DEZEMBER 1955 — 97. JAHRGANG

INHALT

Originalaufsätze und Vorträge

Forschung und Klinik: A. Dietze, Zur Frage der langdauernden vegetativen Regulationsstörungen nach alimentärer Dystrophie. S. 1733.

Für die Praxis: P. Jünemann, Beitrag zur Krankheitssimulation und Selbstbeschädigung aus dem Bereich der inneren Medizin. S. 1735.

Ärztliche Fortbildung: O. Paulitschek, Änderung des Zeitpunktes in der Indikationsstellung zu operativen Eingriffen auf Grund neuerer medizinischer Erkenntnisse (Schluß). S. 1736.

Probata auctoritatum: J. H. Schultz, Die medikamentöse Behandlung akzidenteller und chronischer Schlaflosigkeit bzw. Schlafstörungen. S. 1739.

Soziale Medizin und Hygiene: G.-.G. Linnekogel, Probleme der Frühgeborenen-Sterblichkeit an Hand einer Jahresübersicht. S. 1739.

Physikalische Therapie: H.-F. Müller und H. Sittig, Ergebnisse der Entzündungsbestrahlung von Furunkeln und Schweißdrüsenabszessen. S. 1740.

Therapeutische Mitteilungen: H. Dobbelstein, Über Erfahrungen mit dem Psychotonikum Cyclo-Werrol. S. 1742.
G. Döpke, Klinische Erfahrungen mit dem Choleretikum Felicur auf neuartiger pharmakologischer Basis. S. 1743.

Technik: F. J. Krumpmann, Bericht über 1500 Baytinal-Narkosen in der gynäkologischen Ambulanz. S. 1744.

Lebensbild: M. Knorr, Karl Kißkalt zum 80. Geburtstag. S. 1745.

Verschiedenes: R. Smets, Vatikan gegen „Augenspenden". S. 1746.

Aussprache: F. Halla, Krampfadern und tiefe chronische Beinvenenthrombose. S. 1747.

Fragekasten: A. Oberniedermayr, Hüftverrenkung. S. 1748.
W. Stich, Splenektomie bei chronischen lymphatischen Leukämien mit isoliertem Milztumor. S. 1748.

Referate

Kritische Sammelreferate: H. Sarre u. Mitarb., Nieren und ableitende Harnwege. S. 1748.

Buchbesprechungen: V. E. Frankl, Ärztliche Seelsorge (Ref. R. Smets). — H. Lungwitz, Psychobiologie der Volksseuche Neurose (Ref. E. Gerfeldt). S. 1750.

Kongresse und Vereine: Straßburg, Bericht über das 6. Neurovegetative Symposion (Ref. A. Sturm). S. 1750.
Gießen, Oberhessische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde, Med. Abteilung, 23. November 1955 (Selbstberichte). S. 1751.

Kleine Mitteilungen

Tagesgeschichtliche Notizen: Isotopenlaboratorium in Wuppertal-Elberfeld. — Zur Thioharnstoff-Konservierung von Zitrusfrüchten. — Paratyphus B in Gefriereiern. — Holthusen-Ring gestiftet. — Tagungen. — Kurse. — Personalien. — Hochschulnachrichten. S. 1752.

Anzeigenteil: „Kongreß- und Fortbildungskalender", S. IV. — „Zeitschriften-Übersicht", S. VI und XXIV. — „Originalverzeichnis mit Dezimalklassifikation zum Ausschneiden", S. VII. — „Die Insel", S. XXIII.

BOEHRINGER-HORMONE

fortschrittliche therapie — fortschrittliche präparate

TESTOSID
LUTEOSID
FOLLIKOSID
KLIMANOSID ›R‹*
NOTANDRON

BOEHRINGER MANNHEIM

* Neue Kombination: Testosteron + Oestradiol + Reserpin

Onkel Tobias auf Weltreise

NEO-VEGOMED

bringt Ruhe und Entspannung

DM 1.55

Arzneimittelfabrik Hüls

Dr. Albin Hense · Hüls bei Krefeld

Prof. Dr. August Mayer

SEELISCHE KRISEN IM LEBEN DER FRAU

2., völlig überarbeitete und stark erweiterte Auflage
kart. DM 6,20

Ein erfahrener und verständnisvoller Frauenarzt zeigt hier die so schwierigen, oft verzweifelten Probleme der modernen Frau. Klar und von tiefem menschlichem Einfühlungsvermögen zeugend, sind seine Anschauungen über die heute so oft bagatellisierten „seelischen Krisen" der Frau. Kein Arzt wird in seiner Praxis von diesen Fragen verschont und seiner Erfahrung und seinem Takt bleibt es oft überlassen, hier zu helfen und Rat zu schaffen. Es wird daher diese kleine Arbeit bei vielen Praktikern großen Anklang finden.

Wiener Medizinische Wochenschrift

J. F. LEHMANNS VERLAG MÜNCHEN

Wieder da!

Agiolax

DAS REIN PFLANZLICHE DARMREGULATIV

Bei habitueller Obstipation insbesondere der spastischen bzw. dyskinetischen Form

Dr. Madaus & Co.
KÖLN AM RHEIN

N

Zur Prophylaxe
bedrohlicher Zustände
bei meteorotropen Erkrankungen:

Herz- und Kreislaufschäden, Blutdruckkrisen, Angina pectoris, Myocardinfarkt, Apoplexie, Asthma bronchiale; Galle-, Nieren-, Harnleiterkoliken, Klimax, psychogene Depressionen.

Zur Therapie
wetterbedingter
vegetativer Neurosen
und Depressionen:

Föhnbeschwerden, Wetterfühligkeit, Frühjahrsmüdigkeit, anginöse Herzsensationen, Kreislaufkrisen, Wetterschmerzen: vor allem Kopf-, Magen- und Darmspasmen, Beschwerden nach Alkohol- und Nikotin-Abusus.

Packung: 18 Dragées.
Preis: DM 2.80 o. U.

Ärztemuster und Literatur auf Anforderung.

ANTIFÖHNON
FÖHN-DRAGÉES SÜDMEDICA

SÜDMEDICA GmbH. MÜNCHEN 25

Gastricholan-Tropfen
Stomachicum und Cholagogum
zur Phyto-Therapie von gastro-intestinalen Störungen

Indikation: Gastritis, Säuremangel, chronisch-dyspeptische Zustände, Stauungskrisen von Leber und Galle, Appetitlosigkeit.

Eigenschaften: 1. Schutz der entzündeten Magenschleimhaut
2. Anregung der Magen-Darm-Gallensekretion
3. Spasmolytische und tonisierende Wirkung

Dosierung: 3mal täglich 10—20 Tropfen vor dem Essen.

SÜDMEDICA G.M.B.H. MÜNCHEN 25

Kongreßkalender

Januar:

6.— 8., Bad Gastein: 2. Internationales Symposion über „Radioaktive Isotope in Klinik und Forschung" (vgl. S. 1372).
13., Hanau: UV-Tagung (vgl. S. 1704).
15.—18., Mehlem: Ärztetagung der DRK-Bundesschule.
27.—28., Hamburg: 46. Tagg. d. Nordwestdtsch. Gesellsch. f. Inn. Med. (vgl. S. 1516).
29. 1.—4. 2., Freudenstadt: 2. wissenschaftliche Arbeitswoche für Jugendgesundheit (vgl. S. 1516).

März:

1.— 3., Berlin: 4. Symposion der Dtsch. Gesellsch. f. Endokrinologie (vgl. S. 1516).
16.—18., Nürnberg: 4. Bayerischer Internistenkongreß.
21.—24., Mehlem: Ärztetagung der DRK-Bundesschule.
25.—28., Tanger: Internationaler Medizinkongreß.

April:

4.— 5., Bad Nauheim: 6. Wissenschaftl. Jahrestagung der Dtsch. Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und -bekämpfung (vgl. S. 1608).
4.— 7., München: 73. Tagung der Dtsch. Gesellschaft für Chirurgie (vgl. S. 1556).
4.— 7., Paris: Internat. Kongreß für Medizinische Röntgenographie (vgl. S. 1752).
5.— 7., Freiburg i. Br.: 5. Tagung d. Dtsch. Gesellsch. f. Anthropologie (vgl. S. 1448).
6.— 8., Bad Nauheim: Tagung der Dtsch. Ges. für Kreislaufforschung (vgl. S. 1608).
9.—12., Wiesbaden: 62. Tagung der Dtsch. Gesellsch. f. Inn. Medizin (vgl. S. 1516).
11.—14., Düsseldorf: 40. Tagung der Dtsch. Gesellsch. f. Pathologie (vgl. S. 1516).
13.—14., Frankfurt a. M.: 5. Tagg. der Dtsch. Gesellsch. f. Allergieforsch. (vgl. S. 1516).
26.—28., Freudenstadt: Kongr. d. Allg. Ärztlichen Ges. f. Psychotherapie (vgl. S. 1732).
27. 4.—5. 5., Rom: 3. Konf. der Internat. Union für öffentliche Gesundheitserziehung (vgl. S. 1640).
28. 4.—1. 5., Baden-Baden: Tagung d. Süddtsch. Orthopädenvereinigung (vgl. S. 1752).

Mai:

1.— 8., Rom: 3. Konferenz der Internat. Vereinigung zur sanitären Erziehung der Bevölkerung.
9., Genf: 9. Weltgesundheitskonferenz.
11.—12., Bad Homburg: Tagung der wissenschaftlichen Gesellschaft Südwestdeutscher Tuberkuloseärzte (vgl. S. 1640).
18.—26., Neapel: 2. Internat. Kongreß über Fruchtbarkeit und Unfruchtbarkeit.
22.—26., Hamburg: 1. Europäisches Symposion über Vitamin B_{12}.
23.—27., Berlin: 5. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung (vgl. S. 1516).
23.—27., Wien: Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.
24.—26., Lyon: 1. Intern. Kongreß üb. d. Pathologie der Infektionskrkh. (vgl. S. 1516).
26.—27., Berlin Kongr. d. Dtsch. Ges. f. die Aesthetische Med. u. ihre Grenzgebiete (vgl. S. 1672).
28.—30., München: Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie.

Juni:

1.— 4., Lindau: 4. Internationaler Moor-Forschungs-Kongreß.
5.— 6., Paris: 21. Internationale Neurologentagung (vgl. S. 1556).
9.—11., Marburg a. d. Lahn: 3. Kongreß der Europäischen Arbeitsgemeinschaft für Fluorforschung und Kariesprophylaxe (vgl. S. 1640).
15.—16., Dresden: 3. Tagg. d. Ges. f. Allergie- u. Asthmaforsch. d. DDR (vgl. S. 1608).
17.—23., New York: 2. Internat. Kongreß d. Weltvereinigung f. Physikal. Therapie.

Juli:

18.—21., London: Internationaler Kongreß für Gastroenterologie.
22.—27., Kopenhagen: Internationaler Pädiaterkongreß (vgl. S. 1516).
22.—28., Mexico City: Internationaler Kongreß für Radiologie (vgl. S. 1516).
Zürich: 5. Kongreß der Europ. Vereinigung für Herz- u. Gefäßchirurgie (vgl. S. 1640).
30. 7.—4. 8., Brüssel: 20. Internationaler Kongreß für Physiologie (vgl. S. 1556).

August:

1.— 6., Kopenhagen: Internationaler Kongreß für Humangenetik.
5.—10., München: 8. Internationale Konferenz über Sozialarbeit.
19.—23., Köln: 4. Internationaler Kongreß über Thoraxkrankheiten (vgl. S. 1639).
20.—24., Kopenhagen: 2. Internationaler Kongreß über Physikalische Medizin.

September:

3.— 9., Boston: 6. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Hämatologie.
9.—14., New York City: Internationaler Kongreß für Klinische Chemie.
10.—12., Stockholm: 2. Europäischer Kardiologenkongreß.
10.—14., Rom: 2. Internationaler Diätetikkongreß.
10.—15., Istanbul: Internationaler Kongreß über Probleme des Alkoholismus.
18.—22., Heidelberg: Kongreß der Dtsch. Gesellschaft für Gynäkologie (vgl. S. 1412).
19.—23., Madrid: 4. Internationaler Kongreß für Innere Medizin (vgl. S. 1516).

Fortbildungskalender

Januar:

19. 1.—4. 2., Freudenstadt: 2. Wissensch. Arbeitswoche f. Jugendgesundh. (vgl. S. 1516).
20. 1.—4. 2., Davos: Sportärztelehrgang (vgl. S. 1412).
23. 1.—24. 3., Hamburg: Kursus über Tropenmedizin, Tropenhygiene, exotische Pathologie und med. Parasitologie (vgl. S. 1516).
28.—29., Köln: 2. Kurs der allergischen Erkrankungen (vgl. S. 1640).

Februar:

3.—23., Studienreise nach Ägypten (vgl. S. 1412).
22.—25., Gießen: Fortbildungskurs für praktische Ärzte (vgl. S. 1732).
27. 2.—2. 3., Berlin (F. U.): Fortb.-Kurs der Klinik operabler Herzfehler (vgl. S. 1732).

März:

4.—25., Gießen: Fortbildungskurs in Bäder- u. Klimaheilkunde (vgl. S. 1752).
11.—24., Bad Gastein: Fortbildungskurs (vgl. S. 1412).
12.—24., Davos: Fortbildungskurs (vgl. S. 1412)
21.—25., Bäderreise der Med. Akademie der Justus-Liebig-Hochschule Gießen.

April:

9. 4.—5. 5., Hamburg: Kursus in aktiver klinischer Psychotherapie.
14.—28., Obergurgl: Sportärztelehrgang (vgl. S. 1412).
23.—27., Hamburg-Eppendorf: Gynäkologischer Fortbildungskurs.
30. 4.—4. 5., Tübingen: Fortbildungskurs in Neurosenlehre und Psychotherapie.

Juni:

11.—23., Grado: Fortbildungskurs für praktische Medizin.

Juli:

25.—29., Freiburg i. Br.: Arbeitstagung f. dermat. Bildkunst (vgl. S. 1704 u. S. 1732).

Inasthmon

Das percutane Expectorans

Umfassender spasmolytischer, analgetischer, antiphlogistischer und sekretolytischer Effekt

Optimale Resorption aus lipophilen Elektrolyt-Lösungen. Wirkung auf dem Blutwege und über die Segmente, einfach und sauber in der Anwendung, keine Magen-Darm-Störungen und Anorexie.

Katarrhe der zuführenden Luftwege, akut, chronische und spastische Bronchitiden, Asthma bronchiale, Staublunge, Prophylaxe postoperativer Lungenkomplikationen.

Literatur: Med. Klin. 50, 287 (1955); Dtsch. med. J. 6, 324 (1955); Fortschr. d. Med. 72, 169 (1954); Dtsch. Apoth. 6, 204 (1954); Ärztl. Prax. VI/48 (1954); Hippokr. 26, 561 (1955).

PERMICUTAN-G.m.b.H., MÜNCHEN 13

FISSAN

SCHWEFEL THERAPIE

Kolloider Schwefel
in Verbindung mit FISSAN-Kolloid und
den übrigen FISSAN-Aufbaustoffen

zur Trockenbehandlung

SCHWEFELPUDER

1,5% kolloider Schwefel

bei Seborrhoe, Rosacea, parasitären Dermatosen und Prurigo

Klinikpackungen zu 500 und 1000 g
Pappdosen 50 g DM 0.95 o.U. 100 g DM 1.65 o.U.

zur Salbenbehandlung

SCHWEFELPASTE

10% kolloider Schwefel
und 1% Ichthyol Eingetr. Warenzeichen der Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermanni & Co., Hamburg-Lokstedt

bei parasitären Dermatosen, Scabies, Pyodermien, Impetigo, Akne und Seborrhoe

Tube 35 g DM 0.95 o.U. Klinikpackung 350 g

zur fettfreien Behandlung

SCHWEFELMIXTUR

10% kolloider Schwefel in glyzerinhaltiger Suspension

bei fettunverträglichen parasitären Dermatosen, Seborrhoe und Impetigo

Glas 75 g DM 1.85 o.U. Klinikpackung 700 g

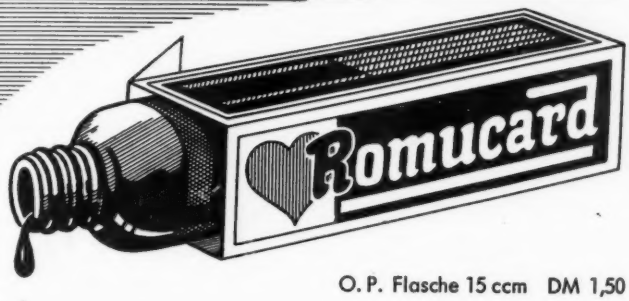
DEUTSCHE MILCHWERKE ZWINGENBERG/BERGSTR

C-W F 8/53

Romucard

Das vorzügliche Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung

Indikation:
Altersherz
Zirkulationsstörungen
Hypertonie
nervöse und
krampfartige
Herzbeschwerden



O. P. Flasche 15 ccm DM 1,50

Zusammensetzung:
Papaverin 0,3%, Nitroglyc. 2,5 mg%, Tinct. Adonid. 7%, Tinct. Bellad. 4%, Tinct. Valerian., Extr. Castan. Vesc. fluid., Vit. B u. C

Romu

ROMU · ROMAN UNGLERT · PHARMAZEUT. FABRIK · ESTING b/MÜNCHEN

nach dem Mahl CHOLA-MAPAIN
CholaMapain
mit fett- und eiweißverdauendem Enzym
PROBEN und LITERATUR JURA K.G. KONSTANZ

Zeitschriften-Übersicht

Die Medizinische (1955), Nr. 51

Thedering, F. (Med. Univ.-Klin. u. Poliklin., Tübingen): Vitamin-B_1-Mangel, klinisches Bild und Behandlung. S. 1763.
Erbslöh, J. (Geburtshilfl.-gynäkol. Abt., Kreiskrankenh. Stormarn, Bad Oldesloe): Über die Erkennungsmöglichkeit der Dyspareunie im Farbentest. S. 1769.
Koppermann, E. u. Wagner, E. (Med. Klin., Justus-Liebig-Hochschule, Gießen): Seltene Ursachen kardialer Dekompensationen. S. 1770.
Breuer, A. (Med. Klin., Städt. Krankenanst., Aachen): Psittakose-Vorkommen im Grenzgebiet. S. 1773.
Dembowski, U. u. Hasse, H. M. (Med. Klin., Stadt Darmstadt): Zur Technik der intraarteriellen Dauertropfinfusion. S. 1777.
Massmann, W. u. Schilf, E. (Akad. f. Sozialhyg., Arbeitshyg. u. ärztl. Fortbildung, Berlin-Lichtenberg): Experimenteller Beitrag über den CO-Gehalt im Serum und Liquor bei akuter CO-„Vergiftung". S. 1777.
Müller, E. (Allianz Lebensvers. AG. u. Frankfurter Allianz AG., Frankfurt a. M.): Wie sollen Stühle gebaut sein? S. 1778.
Krais, W. (Univ.-Frauenklin., Tübingen): Die Behandlung der Hyperemesis gravidarum mit Megaphen. S. 1779.
Spies, H. (Vestische Frauenklin., Gelsenkirchen-Buer): Die Behandlung der Schwangerschaftsspättoxikosen. S. 1780.
Hertel, A. (Orthopäd. Landesklin., Wiesbaden): Zur lokalen Furacinbehandlung von Wunden und Geschwüren. S. 1781.
Hille, J. (Neustadt, Holstein, Teufelsberg 30): Über „Quadranten-Prinzip" und „mesodermale Verstimmung" und deren Bedeutung für umschriebene Organ-Oberflächen-Beziehungen. S. 1782.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (1955), Nr. 51

Mach, R. S., Fabre, J., Müller, A. F. u. Neher, R. (Clin. Thérap., Univ. Hôp. Cantonal, Genève): Oedèmes par rétention de chlorure de sodium avec hyperaldostéronurie. S. 1229.
Markees, S. (Med. Lab. F. Hoffmann-La Roche & Co. AG., Basel): Neuere Forschungsergebnisse über den Wirkungsmechanismus einiger Vitamine. S. 1234.
Züllig, R. (Otolaryngolog. Klin., Kantonspit. St. Gallen): Zur Klinik der Fremdkörper der Luft- und oberen Speisewege. S. 1238.
Feldheim, W. (Anst. f. Vitaminforschung u. -prüfung, Potsdam-Rehbrücke): Zur Bestimmung des Vitamins A im Blut nach Bisaz. S. 1242.
Buchs, S. (Kinderklin., Univ. Basel): Symptomatologie, Prognose und Therapie der wichtigsten angeborenen Herzfehler. S. 1242.

Wiener Medizinische Wochenschrift (1955), Nr. 49

Thums, K. (St.-Pölten, Heßstr. 2): Neuere Fragen der Humangenetik. S. 1009.
Gutzeit, K. (Bayreuth, Kulmbacher Str. 103): Die Wirbelsäule als pathogenetisches Problem. S. 1013.
Hayek, H. (Anatom. Inst., Univ. Wien): Die Anatomie der Lungensegmente. S. 1017.
Gloning, K. (Psychiatr.-neurolog. Univ.-Klin., Wien): Phantomglied und Phantomschmerz. S. 1019.
Chiari, K. (Wien I, Grillparzerstr. 14): Unter welchen Umständen machen Neurome Beschwerden, und wie sind diese zu verhüten? S. 1020.
Spurny, J. (I. Univ.-Frauenklin., Wien): Die Wirkung des synthetischen Spasmolytikums Efosin in der Geburtshilfe. S. 1026.
Bilowitzky, A.: Aus der Kuranstalt Goisern. S. 1028.
Dür, A. u. Rümmele, N. (Gottfried-v.-Preyersches-Kinderspital, Stadt Wien): Praktischer Beitrag zur Digitalistherapie in der Kinderheilkunde. S. 1029.
Wyklicky, H. (Wien I, Bäckerstr. 12): Über Jaromir Mundy und die Anfänge eines ärztlichen Rettungsdienstes in Wien, 1881—1894. S. 1030.

Wiener Klinische Wochenschrift (1955), Nr. 50

Schönbauer, L.: Joseph Skoda zu seinem 150. Geburtstag. S. 955.
Berger, K. (Bundesstaatl. Impfstoffgewinnungsanst., Wien): Aktuelle Probleme der Pockenschutzimpfung. S. 956.
Tusch, E. (Graz): Über die Beeinflussung des Verlaufes der Masugi-Nephritis durch Hibernation. S. 961.
Pichler, H. (I. Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkrankheiten, Wien): Hyperventilationstetanie bei Tonsillektomie. S. 966.
Jettmar, Presinger u. Roschka, (Hygiene-Inst., Univ. Graz): Studien über die Frühlings-Sommer-Zeckenenzephalitis in Österreich. S. 967.
Ehrmann, G. (Univ.-Klin. f. Geschlechts- u. Hautkrankh., Wien): Entnahme und Einsendung von Untersuchungsmaterial zum Nachweis der Lues. S. 968.

Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde, 127 (1955), Nr. 5

Comberg, W. (Univ.-Augenklin., Rostock): Paraglaucoma — posterius et anterius. S. 513.
Albrecht, H. u. Berneaud-Kötz, G. (Univ.-Augenklin., Köln): Untersuchungen über die Präzision derzeitig handelsüblicher Tonometer. S. 515.
Wagener, A. (Univ.-Augenklin., Berlin, Ziegelstr.): Ein Vergleich zwischen der Iridenkleisis nach Holth und der Trepanation nach Elliot. S. 528.
Friede, R. (Augenabt., a. Ö. Krankenh. St. Pölten, Österreich): Über schüsselförmige Trepanation der Sklera beim Glaukom. S. 536.
Zintz, R. (Univ.-Augenklin., Freiburg i. Br.): Zur Frage der traumatischen Chiasmaschädigung. S. 539.
Marquart, G. (Univ.-Augenklin., Leipzig): Pseudostauungspapille. S. 546.
Leipert, G. (Augenklin., Univ. München): Fetthaltiges Kammerwasser und vorübergehende Lipaemia retinalis bei einem Fall von Sheehanscher Krankheit. S. 558.
Krannig, H.-D. u. Köhler, W. (Augenklin. u. Hygieneinst., Univ. Rostock): Die Antistreptolysinreaktion in der Augenheilkunde. S. 565.
Papolczy, F. (Augenabt. Stephan-Spital, Budapest): Staroperation einäugiger Kranker. S. 576.
Schenk, H. (I. Univ.-Augenklin., Wien): Versuche zur künstlichen Parese äußerer Augenmuskeln. II. Teil. S. 592.
Schönewald, H. K. (Augenabt. St.-Joseph-Stift, Bremen): Zur Extraktion eines Glassplitters aus dem Kammerwinkel. S. 596.
Krümmel, H. (Münster, Westf., Ludgeristr. 33): Halter für Brillenkorrektur am Augenspiegel. S. 601.
Esser, A. (Medizingeschichtl. Inst., Med. Akad., Düsseldorf): Wie alt ist die Kenntnis der Nyktalopie? S. 602.
Jäger, A. (Städt. Augenklin., Aachen): Die Kataraktoperation in der neueren spanischen Literatur. S. 603.

Archiv für Kreislaufforschung, 23 (1955), Nr. 1—3

Hermanuz, N. (Med.-Neurolog. Klin., Berufsgenossenschaftl. Krankenanst. „Bergmannsheil", Bochum): Klinische Untersuchungen zu der Frage der Bedeutung der Milz und der Leber für Kreislauf und Herz. S. 1.
Lüllmann, H. (Pharmakol. Inst., Univ. Mainz): Die Wirkung von Koffein und Theophyllin auf den Herzmuskel. S. 12.

Der Chirurg (1955), Nr. 12

Gelbke, H. (Chir. Univ.-Klin., Göttingen): Die „dynamische Osteosynthese" nach Rush, eine wertvolle Vervollständigung der Küntscher-Nagelung. S. 529.
Marwege, H. (Chir. Abt., Hafenkrankenh., Hamburg): Beseitigung von Nagelverklemmungen bei Marknagelung von Oberschenkelschaftbrüchen. S. 534.
Wassner, U.-J. (II. Chir. Abt., Allg. Krankenh. Barmbeck, Hamburg): Wann ist die Behandlung der Tibiakopffraktur mit der komprimierenden Schraube indiziert? S. 536.
Adam, W. (Medizinaluntersuchungsanst. Hygieneinst., Freie Hansestadt Hamburg): Dampfsterilisationsapparate mit Vorvakuum. S. 538.
Werner, R. (MS-Seven Seas-Carribean-Land and Shipping-Corporation, Panama): Das Problem der Temperaturregelung bei den Infusionen. S. 540.
Dammermann, H. J. u. Müller, W. (I. Chir. Abt. u. Dermat. Abt., Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg): Das Ehlers-Danlos-Syndrom. S. 542.
Melchior, E. (Jugenheim, Bergstr.): Zur Frage spontaner Epitheltransplantation bei der Heilung granulierender Wunden. S. 545.
Titze, A. (Unfallkrankenh. Graz, Allg. Unfallversicherungsanst.): Zur plastischen Deckung von Zufallswunden. S. 546.
Ries, H. (Hamburg): Zur allgemeinen Operationsvorbereitung und Nachbehandlung im Kindesalter. S. 547.
Hecker, W. C. u. Berg, H. (Hamburg): Erwiderung. S. 547.
Schröder, W. (Versorgungsamt, Verden a. d. Aller): Über Schußosteomyelitis. S. 548.
Holzhausen, H., Betzler, H. J. u. Lackner, J. (Chir. Klin. u. Röntgen-Radium-Abt., Chir. u. Med. Univ.-Kliniken, Tübingen): Nichtepitheliale Tumoren des Magens. S. 552.
Arneth, J. E. (Chir. Abt., Marienkrankenh., Hamburg): Über die Divertikel des Magens. S. 556.

Fortsetzung Seite XXIV

Kreislauf- und stoffwechselwirksamer Organextrakt
NUCLEOTON
HORMON-CHEMIE ·MÜNCHEN·
HORM
Muster und Literatur auf Wunsch

Pyelitis, Cystitis, Urethritis
BUCCOSPERIN
Fol. Bucco, Fol. Uvae ursi, Salol, Hexamethylentetramin, äther. Öle
Das sulfonamidfreie, wirkungssichere Harnantiseptikum
RESS
40 Dragees DM 1,55 o. U.
80 Dragees DM 2,90 o. U.

THERMENTE

„Krewel"

Jahrhundertelange ärztliche Empirie nutzte den Antagonismus zwischen Schmerz und Wärme in der Therapie.

Heilwärme und Mehrdurchblutung werden heute erzielt durch die Thermente „Krewel".

Das pharmakotherapeutische Prinzip der Thermente beruht auf der Stillung des ausgesprochenen Wärme- u. Durchblutungshungers der erkrankten Gewebe. Die experimentell und klinisch nachgewiesene Temperatursteigerung beträgt 6° auf der Haut, 2,7° in Muskeltiefe und 0,72° im gleichsegmentigen Tiefen-Hohlorgan (Duodenum).

Ein weites Indikationsbereich umfaßt alle Arten des rheumat.-neuralg. Formenkreises, Gelenk- und Sehnenerkrankungen, Durchblutungsstörungen, sowie Parenchymschäden in inneren Organen.

Die Thermente stehen für die fallspezifischen Belange in abgestuften Wirkungsstärken (auch als mite und forte) als Salbe und Liniment (Therment-flüssig) zur Verfügung.

KREWEL-WERKE

EITORF BEI KÖLN

Therment-Salbe (Tube = 1,25)
Therment-flüssig (Flasche = 1,45)

Originalien-Verzeichnis mit Dezimalklassifikation zum Ausschneiden *)

DK 616.839—008.64:616—056.54
A. Dietze, Zur Frage der langdauernden vegetativen Regulationsstörungen nach alimentärer Dystrophie. Münch. med. Wschr., 97 (1955), 52, S. 1733—1734.

DK 340.65
P. Jünemann, Beitrag zur Krankheitssimulation und Selbstbeschädigung aus dem Bereich der inneren Medizin. Münch. med. Wschr., 97 (1955), 52, S. 1735—1736.

DK 617.—089.15
O. Paulitschek, Änderung des Zeitpunktes in der Indikationsstellung zu operativen Eingriffen auf Grund neuerer medizinischer Erkenntnisse. Münch. med. Wschr., 97 (1955), 52, S. 1736—1738.

DK 616.8—009.836—085
J. H. Schultz, Die medikamentöse Behandlung akzidenteller und chronischer Schlaflosigkeit bzw. Schlafstörungen. Münch. med. Wschr., 97 (1955), 52, S.1739.

DK 616—053.32—083
G.-G. Linnekogel, Probleme der Frühgeborenen-Sterblichkeit an Hand einer Jahresübersicht. Münch. med. Wschr., 97 (1955), 52, S. 1739—1740.

DK 616—002.3—085.849.1
H.-F. Müller und H. Sittig, Ergebnisse der Entzündungsbestrahlung von Furunkeln und Schweißdrüsenabszessen. Münch. med. Wschr., 97 (1955), 52, S., 1740—1742.

DK 616.8—008.64—085 Cyclo-Werrol
H. Dobbelstein, Über Erfahrungen mit dem Psychotonikum Cyclo-Werrol. Münch. med. Wschr., 97 (1955), 52, S. 1742 bis 1743.

DK 616.36/.367—085 Felicur
G. Döpke, Klinische Erfahrungen mit dem Choleretikum Felicur auf neuartiger pharmakologischer Basis. Münch. med. Wschr., 97 (1955), 52, S. 1743—1744.

DK 618—089.5—032:611.14 Baytinal
F. J. Krumpmann, Bericht über 1500 Baytinal-Narkosen in der gynäkologischen Ambulanz. Münch. med. Wschr., 97 (1955), 52, S. 1744.

DK 92 Kißkalt, Karl
M. Knorr, Karl Kißkalt zum 80. Geburtstag. Münch. med. Wschr., 97 (1955), 52, S. 1745.

DK 262.13:616
R. Smets, Vatikan gegen „Augenspenden". Münch. med. Wschr., 97 (1955), 52, S. 1746—1747.

DK 616.147.3—007.64+616.147.3—005.6
F. Halla, Zur Arbeit von Prof. Dr. med. Fritz Schoercher: Krampfadern und tiefe chronische Beinvenenthrombose. Münch. med. Wschr., 97 (1955), 52, S. 1747.

*) Vgl. den Aufsatz von O. Nacke (1955), 26, S. 845.

»Bayer«-Präparate in denen das Sulfa-Additionsprinzip in vollem Umfange verwirklicht ist:

BAYER

Pluriseptal

Kombination von
40% Sulfa-4-methylpyrimidin (Sulfamerazin)
und 60% Sulfa-4,6-dimethylpyrimidin (Sulfamethazin).

Indikationen:
Kruppöse Pneumonie, Bronchopneumonie, Infektionen der Harn- und Gallenwege, Erysipel, bazilläre Ruhr, Säuglingsdyspepsie, Enterocolitis, Meningitis epidemica u. a.

O. P. Saft 10%ig: Flaschen zu 50 und 100 ccm
Tabletten zu 0,5 g: 10 und 20 Stück

Sulfa-Oratren

Eine Tablette enthält 60 mg Penicillin V (Phenoxymethyl-Penicillin als freie, kristallinische Säure), entspr. 100000 i. E., und 0,5 g Triple-Sulfonamid (Sulfadiazin, Sulfamerazin, Sulfamethazin zu gleichen Teilen).

Der Indikationsbereich entspricht dem einer Breitspektrumtherapie, mit Ausnahme von Viruserkrankungen und Rickettsiosen.

O. P. Sulfa-Oratren-Tabletten: 10 und 20 Stück

Sulfa-Tardocillin »forte«

1 Teelöffel Saft enthält 150000 i. E. Dibenzylaethylendiamin-di-Penicillin G und 0,5 g Triple-Sulfonamid (Sulfadiazin, Sulfamerazin, Sulfamethazin zu gleichen Teilen).

Indikationen:
Alle Infektionen mit Penicillin- und Sulfonamid-empfindlichen Keimen.

O. P. Flasche zu 60 ccm Sulfa-Tardocillin-»forte«-Saft

BAYER

»Bayer«
Leverkusen

Rasch einsetzende
und langanhaltende Wirkung

COMBINITROL

Zus.: Glycerin. trinitric. 0,0005 / Pentaerythrit. tetranitric. 0,008
Mannit. hexanitric. 0,01, / Acid. phenylaethylbarbituric. 0,02

Zur sicheren Anfallsbehandlung
und
zur zuverlässigen Dauertherapie
der Angina pektoris u. verwandter
Zustände

Packung zu 20 Tabletten	DM	1.45
Packung zu 50 Tabletten	DM	2.85
Packung zu 100 Tabletten	DM	5.30

Literatur und Muster auf Anforderung

DR. WINZER Chemisch-pharmazeutische Fabrik KONSTANZ

Gelonida antineuralgica

Codein. phosphor. 0,01, Phenacetin, Acid. acetylosalic. ā̄ 0,25

Bei Schmerzen aller Art, Erkältungskrankheiten, bei Kopfschmerzen, Grippe, akutem und chronischem Gelenkrheumatismus, Muskelrheumatismus, Neuralgien und Neuritiden bewirkt die bewährte Zusammensetzung des Präparates (mit Codein) eine Potenzierung des Gesamteffektes in optimalem Ausmaß und zugleich die maximale Entgiftung. Durch die Gelonid-Form wird der Eintritt des therapeutischen Effektes stark beschleunigt und die Wirkungsintensität erhöht.

Das Arzneimittel mit der potenzierten Wirkung

GÖDECKE & CO. CHEMISCHE FABRIK AG. BERLIN WERK MEMMINGEN

Targophagin

Targesin, p-Butylaminobenzoyldimethylaminoaethanolchlorhydrat, p-Aminobenzoesäureaethylester

Angina, Pharyngitis, Stomatitis, Gingivitis

Bei allen Entzündungen in Rachen und Mund wirkt Targophagin antibakteriell und antiphlogistisch. Es stillt nachhaltig quälende Schmerzen und fördert die natürlichen Heilungsvorgänge. Auch bei wiederholter Einnahme wird weder eine Sensibilisierung des behandelten Organismus beobachtet noch eine Resistenzzunahme der pathogenen Keime.

Als Pinselung und Spray bei Tonsillitis, Stomatitis, Gingivitis und Rhinitis hat sich TARGESIN in 5-10%iger Lösung hervorragend bewährt.

Proben und Literatur für Ärzte auf Wunsch

GÖDECKE & CO. CHEMISCHE FABRIK AG. BERLIN · WERK MEMMINGEN

Die Insel

Richard von Volkmann, Chirurg und Märchendichter

(Er schrieb 1871 unter dem Namen Leander das entzückende Märchenbuch: „Träumereien an französischen Kaminen")

Der Mann, der das Skalpell so sicher führte,
Chirurg und Arzt von hohen Graden,
Der Mann, den mancher hohe Titel zierte,
Von Fürstengunst beschenkt mit allen [Gnaden —

Er, dessen Herz an Güte überreich
Und dessen Hand so fest und doch so weich,
Er, der in soviel Not zum Retter ward,
Er schuf uns Märchen von so eigner Art,
Daß niemand, der sie liest, sie je vergißt:

Vom Traumreich, das unsichtbar ist,
Vom König, der gern Pfeffernüsse aß,
Vom Wunschring und vom Herz aus Glas,
Vom Wunderkoffer ohne Schmuck und Zier,
Von armen Reichen vor der Himmelstür ...

H. O. Kleine.

„Teutsche" Krankheitsbezeichnungen

Nach einer Rezension der „Spenerschen Zeitung" von 1815, also aus der Zeit, als man das Wort „deutsch" allen Ernstes durch das Wort „teutsch" zu ersetzen beabsichtigte, wurde als Verdeutschung der Krankheitsname Hypochondrie und Paroxysmus vorgeschlagen: Rippenknorpelsucht und Saufbrausesturm.

EHA.

„Hat sie entbunden? Ist sie eine Hebamme?"

Diese Frage richtete vor mehr als 50 Jahren Geheimrat Winckel an jeden Studenten, der — vielleicht weil er nicht genügend oft im Kolleg war — nicht wußte, daß man das bei ihm ja nicht sagen durfte. Die Antwort muß lauten: „Nein, Herr Geheimrat, sie wurde entbunden." Es gab also vor mehr als 50 Jahren schon Professoren, die mit Recht das „hat entbunden" ausmerzen wollten; wenigstens in Ärztekreisen sollte dieser „lapsus linguae" verschwinden. Laien werden es ja nach Hunderten von Jahren noch falsch sagen.

Dr. *Graf.*

Morgengymnastik

Rudolf Virchow mochte es bei seiner sensiblen Art durchaus nicht, daß die Studenten ihn beim Eintritt durch das herkömmliche Trampeln begrüßten. Die jungen Leute respektierten diesen Wunsch, aber zu jedem Semesterbeginn veranstalteten die Neulinge natürlich doch ihren Rumor.

Wieder einmal hatte er mit geschlossenen Augen den Beginn des Gepolters ertragen; dann gebot er mit erhobenem Finger Ruhe und sagte:

„Meine Herren, ich habe meine Morgengymnastik bereits hinter mir. Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie auch Ihre auf eine frühere Stunde verlegten, um hier keine Zeit zu verlieren."

Nowottnick.

Dem Heimkehrer

Nicht viele Worte!
Wir dürfen nur bitten:
Tritt ein durch die Pforte!

Die harten Fesseln
Sind nun zerschnitten,
Die Dornen und Nesseln
Von dir genommen.

Die Jahre entglitten,
Doch du hast gelitten
Für uns und dein Land!

Das Tor ist durchschritten,
So sei uns willkommen,
Sei Bruder inmitten
Und nimm unsre Hand!

Helmuth Richter, Göppingen (Fils).

Unerklärlich

Eine Dame, die den Rubikon des Lebens überschritten hat, klagt dem Arzt, sie verspüre seit einiger Zeit zunehmende Schwerhörigkeit und Sausen im linken Ohre. Der Medicus untersucht und lächelt mit Achselzucken:

„Damit muß man sich mehr oder weniger abfinden; es handelt sich nämlich um eine Alterserscheinung."

„So?" — ungläubig-gedehnt klingt die Antwort — „und warum ist dann das rechte Ohr in Ordnung? Es ist doch ebenso alt!!"

Nowottnick.

Zeitschriften-Übersicht

Fortsetzung von Seite VI

Geburtshilfe und Frauenheilkunde (1955), Nr. 12

Hoffmann, F., Overzier, C. u. Uhde, G. (Geburtsh.-gynäkol. Abt., Evang. Krankenh., Essen-Werden): Zur Frage der hormonalen Erzeugung fötaler Zwitterbildungen beim Menschen. S. 1061.
Boschann, H.-W. (Frauenklin., Freie Univ. Berlin im Städt. Krankenh. Moabit): Klinische Erfahrungen mit 17-alpha-oxy-Progesteron-17-capronat. S. 1070.
Müller, C. (Bern, Schweiz, Sulgeneckstr. 33): Der Schotte William Smellie und die Anfänge der modernen Geburtshilfe (1697—1769). S. 1081.
v. Schubert, E. (Frauenklin., Freie Univ. Berlin, Städt. Krankenhaus Moabit): Über die Ausbreitung des Kollumkarzinoms. S. 1096.
Beck, L. (Rhein. Landesfrauenklin., Wuppertal): Über die Asphyxie der Neugeborenen und deren Behandlung. S. 1102.
Lewin, E. (Frauenklin., Med. Akad., Magdeburg): Über künstliche Scheidenendometriose. S. 1112.
Stüper, P. (Univ.-Frauenklin., Münster i. Westf.): Glandulär-zystische Hyperplasie und Tuberkulose der Gebärmutterschleimhaut. S. 1122.

Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten, XIX (1955), Nr. 12

Nückel, M. (Hautklin. Christian-Albrechts-Univ., Kiel): Lupus Erythematodes. S. 351.
Thewes, A. (Hautklin., Univ. Saarland, Landeskrankenh. Homburg, Saar): Klinischer Beitrag zur Myeloblastenleukämie der Haut. S. 356.
Foelsche, W. (Univ.-Hautklinik, Halle): Vergleichende Sternalmarkuntersuchungen bei Akrodermatitis chronica atrophicans und manifester Syphilis aller Stadien. S. 360.
Schneider, R. (Klin. u. Poliklin. f. Haut- u. Geschlechtskrankh., Univ. Erlangen): Erste Beschreibung einer Sklerodermie? S. 362.
Hentsch, H. F. G. (Bodjonegoro, Djalan dr. Wahidin 36, Djatim, Indonesien): Lues, Frambösie, ulcus tropicum — eine Krankheit? S. 364.
Kaden, R. (Hautklin., Freie Univ. Berlin, Rudolf-Virchow-Krankenh.): Der Wert pilzbiologischer Forschungsergebnisse für die medizinische Mykologie. S. 370.
Mahn, G. (Osnabrück): Über Carbolbehandlung von Mykosen. S. 373.

Der Landarzt (1955), Nr. 34

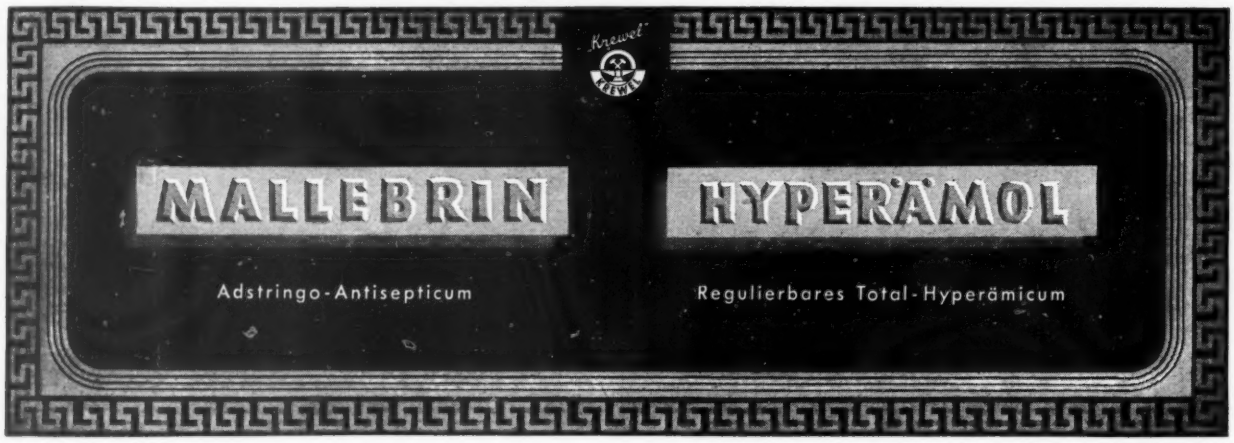
Bohnenkamp, H. (Evang. Krankenh., Oldenburg): Zur Behandlung der Angina pectoris. S. 833.
Scherer, E. (Strahleninst. u. Strahlenklin., Univ. Marburg a. d. L.): Übersicht über die therapeutische Anwendung der Röntgenstrahlen bei gutartigen Erkrankungen (mit Ausnahme gutartiger Geschwulstbildungen). S. 836.
Sons, E. u. Brosch, A. (Inn. Abt., Kath. Krankenh. „Maria Hilf"- M.-Gladbach): Blutung aus Aneurysma an der Hirnbasis mit akuter Blutdruckkrise, akuter Linksinsuffizienz und Lungenödem. S. 841.
Schuster, K. u. Wolff, E. (Hamburg 19, Methfesselstraße 61): Mandelsäure zur gezielten Therapie der Koli-Urethritis. S. 847.
Bierbaum, H. (Glückstadt): Abkürzung der Geburtsdauer durch das Spasmolytikum Efosin. S. 848.
Harn, E. (Gladenbach, Hess., Gießener Str. 21): Auch die Arztfamilie braucht einen Ruhetag. S. 855.

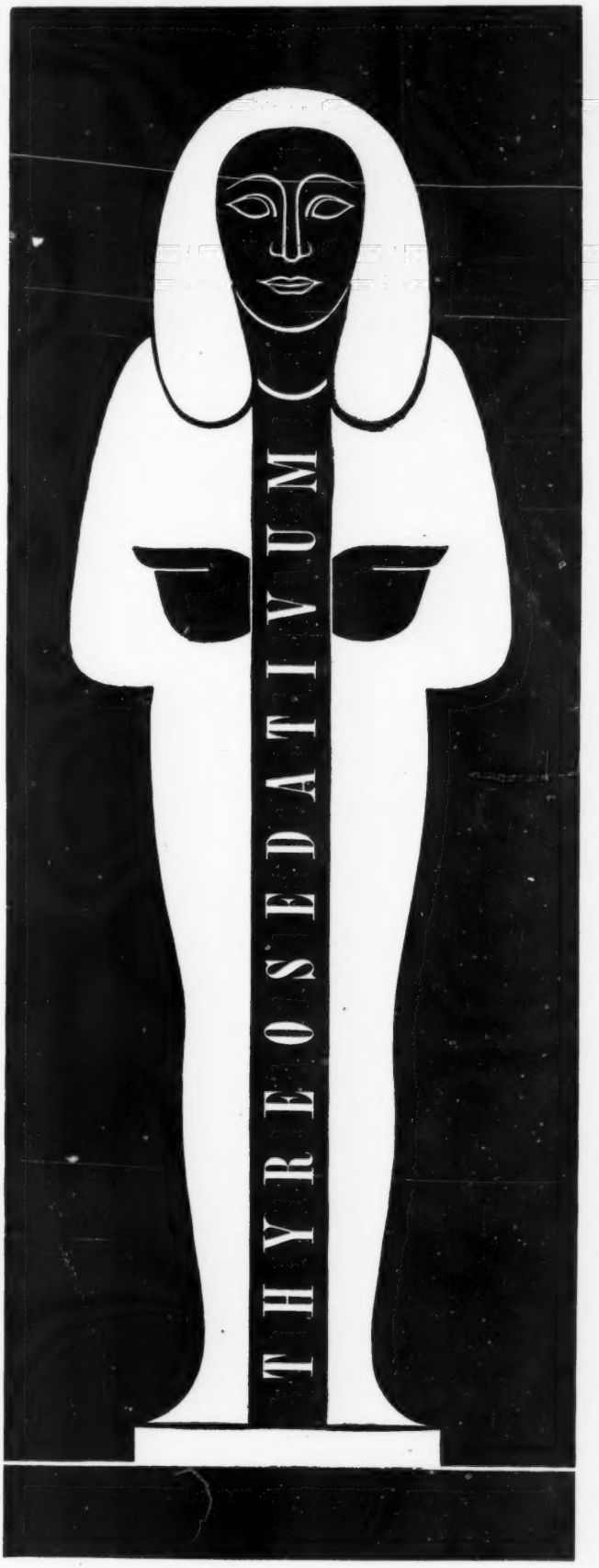
Zeitschrift für Orthopädie, 87 (1955), Nr. 1

Daubenspeck, K. u. Jentgens, H. (Orthopäd. Univ.-Klin., Köln, u. Tuberkuloseklin., Köln-Merheim): Gleichzeitige Behandlung der mit Skelettherden kombinierten Lungentuberkulosen. S. 1.
Lerch, H. (Orthopäd. Landesklin., Herborn): Die Spongiosaplombierung resezierter tuberkulöser Gelenke an der oberen Extremität. S. 7.
Chiari, K. (Orthopäd. Station, 1. Chir. Univ.-Klin., Wien): Ergebnisse mit der Beckenosteotomie als Pfannendachplastik. S. 14.
v. Ekesparre, W. (Chir. Abt., Kinderklin. Bremen): Der Diskus im Kniegelenk. S. 27.
Schlüter, K. (Orthopäd. Univ.-Klin., Friedrichsheim, Frankfurt a. M.): Ossifikationsanomalien im Kalkaneus, zugleich ein Beitrag zum Auftreten von Ossifikationszentren im Tarsus. S. 37.
Waschulewski, H. (Univ.-Inst. f. Röntgenol. u. Radiol., Charité Berlin): Verletzungen des Plexus brachialis und der I. Rippe durch Motorradunfälle. S. 55.
de Cuveland, E. u. Otte, P. (Orthopäd. Univ.-Klin., u. Krankenh. Jerusalem, Hamburg): Beschreibung eines nach röntgenologisch diagnostizierter Epiphyseonekrose resezierten Capitulum radii. S. 63.
Leger, W. (Orthopäd. Klin., Köln): Beobachtung einer angeborenen Synostose zwischen Multangulum minus und Metakarpale 2. S. 70.
Gschnitzer, F. u. Minervini, G. L. (Pathol. anatom. Inst., Univ. Innsbruck u. Orthop. Klin., Univ. Florenz): Das zentrale Fibrosarkom des Knochens. S. 76.
Schlenza, W. (Orthopäd. Klin. u. Poliklin., Oskar-Helene-Heim, Freie Univ. Berlin): Über einen besonderen Krankheitsfall einer Recklinghausenschen Neurofibromatosis. S. 84.
Müller, E. A., Hettinger, Th. u. Weber, F. (Max-Planck-Inst. f. Arbeitsphysiol., Dortmund): Das Ausmaß der Pseudarthrose im Oberschenkelschaft bei Kraftübertragung auf das Kunstbein. S. 89.
Seyfarth, H. (Chir. Orthopäd. Univ.-Klin., Jena): Zur Pathogenese der Spontanluxationen. S. 98.
Düben, W. u. Gelbke, H. (Chir. Univ.-Klin., Göttingen): Epiphysendurchnagelungen. S. 108.
Rathke, F. W. (Orthopäd. Anstalt, Univ. Heidelberg-Schlierbach): Kongenitale Wirbelkörperspalten und Wirbelkörperdefekte. S. 118.

British Medical Journal (1955), Nr. 4953

Jefferson, G. (Univ. of Manchester): Variations on a Neurological Theme — Cortical Localization. S. 1405.
Siddiqui, A. H. (Osmania Med. Coll. Sarojini Devi Hosp., Hyderabad-Deccan, India): Fluorosis in Nalgonda District, Hyderabad-Deccan. S. 1408.
Fraser, H. R. L. a. Turner, R. W. D. (Dep. of Med., Univ. of Edinburgh a. Cardiac Dep., Western Gen. Hosp., Edinburgh): Auricular Fibrillation. S. 1414.
Trounce, J. R., Wayte, A. B. a. Robson, J. M. (Dep. of Med., Radiotherapy a. Pharmacol., Guy's Hosp.): Actinomycin C in Treatment of Advanced Hodgkin's Disease. S. 1418.
Fowweather, F. S. (Dep. of Chemic. Pathol., Univ. of Leeds): Albuminuria in Service Recruits. S. 1419.
Wallman, I. S., Godfrey, R. C. a. Watson, J. R. H. (Princess Margaret Hosp. for Children, Perth, Western Australia): Staphylococcal Pneumonia in Infancy. S. 1423.
Dawson, P. (Haematol. Dep., St. George's Hosp. Med. School, London SW 1): Effect of Intravenous Vitamin K_1 on the Action of Phenindione. S. 1427.
Walker, J. (Public Health Lab. Service, London School of Hygiene a. Tropical Med.): Possible Infection of Man by Indirect Transmission of Trichophyton Discoides. S. 1430.
Stallard, H. B. (Moorfields Eye Hosp., St. Bartholomew's Hosp.): Emergencies in General Practice. Ocular Emergencies. S. 1441.





THYREOCORDON

2-Mercapto-1,3-dimethylol-benzimidazol

Bei hyperthyreotisch bedingten vegetativen Störungen, Hyperthyreosen leichten und mittleren Grades, anginösen Cardialgien der Hyperthyreotiker und thyreogenen Schmerzzuständen.
Zur Vor- und Nachbehandlung von Strumektomien.

Krewel
Coffeo-Veralgit
• analgetisch u. entspannend
• sensoriell befreiend
• körperlich u. psychisch belebend
-Tabl.

Zuschriften betreffs Anzeigen und Beilagen sind zu richten an: Karl Demeter Anzeigen-Verwaltung Gräfelfing v. Mchn., Würmstr. 13, Tel. 89345

Kleine Anzeigen

Anzeigenpreis für die einspaltige Millimeterzeile DM —.63 für Stellengesuche DM —.35

An der Chirurgischen Abteilung des Städt. Krankenhauses Pirmasens ist die Stelle eines

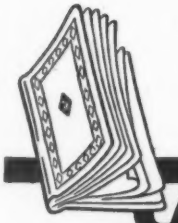
Assistenzarztes

zu besetzen. Bewerber, welche neben einer guten chirurgischen Vorbildung auch Erfahrungen in der inneren Medizin besitzen, werden gebeten, ihre Bewerbungsunterlagen mit Lichtbild, Lebenslauf und Zeugnisabschriften umgehend bei der Stadtverwaltung Pirmasens, Personalamt, einzureichen. Die Vergütung erfolgt nach Verg.-Gr. III TO. A. Die Probezeit beträgt 1/2 Jahr.

NEDA
Bei Obstipation
NEDA-Früchtewürfel
das vegetab. Laxans (ohne Phenolphthalein)
Muster vom NEDA-WERK, (13b) MÜNCHEN 13

Aus unserem Almanach ....

Ärzte und Lehrer kann man nie zu gut bezahlen.
Sprichwort



SiOZWO
NASENSALBE
gegen Schnupfen, Rhinoblenorrhoe.
FEBENA · KÖLN

In der Chir. Abteilung des Städt. Krankenhauses „Hetzelstift", Neustadt a. d. Weinstraße, sind ab 1. 2. 1956

zwei Medizinalassistentenstellen

zu besetzen. Die Vergütung erfolgt nach den Richtlinien über die Höhe der Unterhaltszuschüsse für Medizinalassistenten (freie Verpflegung und Barvergütung von DM 100,— monatlich). Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lichtbild, handgeschr. Lebenslauf, beglaub. Zeugnisabschriften usw.) an Chefarzt Prof. Dr. med. Hammel erbeten.

Planmäßige Assistenzarztstelle

am Städt. Krankenhaus Marktredwitz (Obfr.) (140 Betten) zum 1. März 1956 zu besetzen. Gehalt nach TO. A. III. Chirurgische Vorbildung erforderlich. Kenntnisse und Erfahrung in der modernen Narkose (Endotrachealnarkose) erwünscht, aber nicht Bedingung. Bewerbung mit Lebenslauf, Zeugnissen und Lichtbild erbeten an den Chefarzt.

Passender Wirkungskreis

gesucht für 52jährige Dame, kath., ohne abgeschlossene Berufsausbildung, gebildet, gesellschaftlich gewandt, mit Sprachkenntnissen, in Sanatorium oder bei Nervenarzt. Süddeutschland gewünscht. Seit 5 Jahren selbständig bei Nervenarzt tätig. Erste Referenzen. Ang. unt. Nr. 32528 an Karl Demeter Anzeigen-Verwaltung, Gräfelfing vor München, Würmstraße 13.

„DER TREFFPUNKT"
Deutschlands altbewährte Eheanbahnung v. Ruf u. Leistung bietet Ehesuchenden aus med. Kreisen ständig günstige Möglichkeiten. Diskrete, individuelle Anbahnung. Kommen auch Sie mit Ihren Wünschen zum Institut
„DER TREFFPUNKT"
Hannover, Arnswaldtstr. 4; Köln, Merlostr. 8; Frankfurt a. M., Liebigstr. 27 B; Bochum, In der Provitze 1; Nürnberg, Seumestr. 1.

Du bist gesund!
Hilf den Tuberkulose-Kranken, verwende Tuberkulose-Marken!
KOMITEE · MÜNCHEN 27 · HOLBEINSTRASSE 11

Gegen **Enuresis nocturna** hat sich HICOTON als Spezifikum seit Jahrzehnten bestens bewährt! In allen Apotheken erhältlich. Prospekt u. Muster kostenlos durch den Allein-Hersteller: „MEDIKA" Pharm. Präparate, (13 b) München 42

Privatlehranstalt
Dr. Nitsch
Bad Harzburg
Seit 1935 Spezialausbildungsstätte für
Kaufm.-prakt. Arzthilfe
Staatl. gen. Halbj.-Kurse m. Abschl.-Prfg. Bish. über 5000 Schül. ausgeb. Beste Berufsaussichten. Nächster Kursusbeginn Anfang April 1956. Schulneubau mit modernem Wohnheim.
Fordern Sie Prospekt MW

Senden Sie uns bitte Ihre Anzeigentexte in Druck- oder Maschinenschrift

Jod-Vel
3% u. 6%.
percutane Jod-Anwendung
(Ungt. Lugol.)
3%, DM 1,05 »NEOS« · DONNER KG., BERLIN SO 36 6%, DM 1,15

Criniton bei seborrhoischen- u. mykotischen Kopfhauterkrankungen Folliculitiden, Milchschorf
K.P. 100g DM 2.-
O.P. 200g DM 3.80
Dr. Atzinger & Co. K.G. Passau

CITROVANILLE-TABLETTEN
das Tagesanalgetikum mit rascher, leicht verträglicher Wirkung
Orig.-Packg. zu 10 Tabl. 0,5
OTTO & CO. FRANKFURT/M.-S.

Pharmazeut. Präparate OCO Hm
MENOSTABIL
prompte hämostyptische Wirkung; indiziert bei: Menorrhagie
Orig.-Packg. zu 20 Tabl. 0,5
OTTO & CO., FRANKFURT-M.-SÜD

In gebundener Form stellt die MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT ein hervorragendes Nachschlagewerk dar.

Einbanddecken

sind für sämtliche Nachkriegsjahrgänge zum Preise von je DM 4,— zuzüglich Postgeld noch lieferbar.

J. F. LEHMANNS VERLAG MÜNCHEN

PROF. DR. FRITZ SCHÖRCHER

Kosmetische Operationen

Zweite, völlig überarbeitete und auf das Doppelte erweiterte Auflage der „Kosmetischen Chirurgie"
204 Seiten, Kunstdruckpapier, 212 Abbildungen. Leinen DM 28,— broschiert DM 25,—

Besonders eingehend, erläutert durch viele halbschematische Zeichnungen, wurde das Kapitel über Nasenkorrekturen bearbeitet. Um den hier gestellten mannigfachen Ansprüchen gerecht zu werden, war es schon schwierig, auch nur eine Richtlinie aufzuzeigen. Wenig bearbeitet fand sich bis jetzt die Fetttransplantation zur Behandlung der atrophischen Brust. Fast als Neuland sind die zahlreichen Operationen zur Fettentnahme, vor allem im Bereich der Hüften und Beine, mit ihren oft schwer zu übersehenden und schwerwiegenden Folgen zu betrachten. Das Kapitel Krampfadern stützt sich auf die Erfahrung von über fünfhundert ausgedehnten Krampfaderoperationen, es dürfte ihm daher eine besondere Bedeutung zukommen.

ALBERT KRECKE

Vom Arzt und seinen Kranken

Überarbeitete Neuauflage 1955, 26.—28. Tausend, 288 Seiten.
Leinen DM 13,—, broschiert DM 10,—

Aus dem Inhalt: Die Beliebtheit des Arztes — Schmerzverhütung — Über ärztliche Haftung — Über den Geruch und die Bedeutung des Geruchsinns — Was soll der Kranke über die Art, Ursache und Dauer seines Leidens erfahren? — Über die seelische Behandlung der Krebskranken — Über Krebsangst.

Krecke wird mit Recht als das Ideal des Arztes von allen gepriesen, die ihn kannten, von Kranken und Ärzten. Aber wie weit ist dieses Ideal entfernt von glatter, kalter Vollkommenheit! Wie menschlich ist das alles gedacht und gefühlt, welch köstlicher Humor spricht aus den Zeilen, ein Humor, der der Herzensgüte entspringt, nie verletzt.

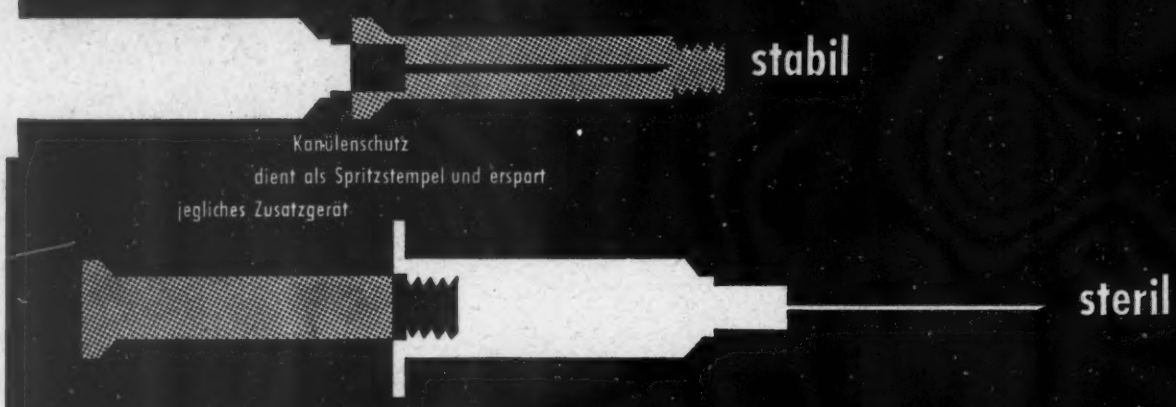
J. F. LEHMANNS VERLAG MÜNCHEN

518
6 Stück
Otto Harrassowitz Schl.949
Humboldstr.29

„Die unzerbrechliche

Praepacillin-Spritzampulle

im Handumdrehen spritzfertig



Casus-Packung zu 3 x 400.000 I E DM 17,00 o. U.
Einzel-Packung 400.000 I E DM 6,15 o. U.

Praepacillin steht außerdem in Normalampullen zur Verfügung
(Einzel- und Casuspackung)

CHEMIE GRÜNENTHAL GMBH · STOLBERG IM RHEINLAND